

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. SUD-UEST

Année 1977 - N° 303

**RECHERCHE SUR L'ACTION PSYCHODYNAMIQUE
DE L'ENTRAINEMENT PHYSIQUE
DES CONVALESCENTS D'INFARCTUS DU MYOCARDE.**

**Contribution à l'étude de ses effets
sur l'économie narcissique du malade
et son attitude face à la maladie.**

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 29 Juin 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Pierre Marie CHARAZAC

né le 11 Novembre 1947

à EYMOUTIERS (Haute-Vienne)

29

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. SUD-OUEST

Année 1977 - N° 303

**RECHERCHE SUR L'ACTION PSYCHODYNAMIQUE
DE L'ENTRAINEMENT PHYSIQUE
DES CONVALESCENTS D'INFARCTUS DU MYOCARDE.**

**Contribution à l'étude de ses effets
sur l'économie narcissique du malade
et son attitude face à la maladie.**



THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 29 Juin 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Pierre Marie CHARAZAC

né le 11 Novembre 1947

à EYMOUTIERS (Haute-Vienne)

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
U. E. R. SUD-OUEST

Année 1977 - N° 308

RECHERCHE SUR L'ACTION PSYCHODYNAMIQUE
DE L'ENTRAÎNEMENT PHYSIQUE
DES CONVALESCENTS D'INFARCTUS DU MYOCARDE

Contribution à l'étude de ses effets
sur l'économie musculaire du malade
et son attitude face à la maladie.



THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON
et soutenue publiquement le 29 Juin 1977
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Pierre Marie CHARAZAC
né le 11 Novembre 1947
à EYMOUTIERS (Haute-Vienne)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON I

Président de l'Université : Monsieur le Professeur D. GERMAIN
Premier Vice-Président : Monsieur le Professeur E. ELBAZ
Deuxième Vice-Président : Monsieur B. ROUSSET
Troisième Vice-Président : Monsieur R. LOPEZ
Secrétaire Général : Monsieur J. RAMBAUD

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE

MEDECINE - GRANGE-BLANCHE - Directeur : Monsieur le Docteur B. SALLE (MCA)
ALEXIS-CARREL Directeur Monsieur le Professeur R. MORNEX
SUD-OUEST Directeur Monsieur le Professeur J. NORMAND
LYON-NORD Directeur Monsieur le Docteur J.P. NEIDHARDT
Directeur
Honoraire : Monsieur le Professeur A. BERTOYE

BIOLOGIE HUMAINE - Directeur : Monsieur le Docteur J.P. REVILLARD (MCA)

TECHNIQUES DE READAPTATION - Directeur : Monsieur le Docteur A. MORGON (MCA)

SCIENCES PHARMACEUTIQUES - Directeur : Monsieur le Professeur BIZOLLON

SCIENCES ODONTOLOGIQUES - Directeur : Monsieur le Docteur R. VINCENT

INSTITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE :

Président du conseil d'UER : Monsieur le Professeur R. GUILLET

Directeur : Monsieur A. MILLON

MATHEMATIQUES - Directeur : Monsieur le Professeur E. COMBET

PHYSIQUE - Directeur : Monsieur le Professeur J. DELMAU

CHIMIE ET BIOCHIMIE - Directeur : Monsieur le Professeur J. HUET

SCIENCES DE LA NATURE - Directeur : Monsieur le Professeur R. GINET

SCIENCES PHYSIOLOGIQUES - Directeur : Mademoiselle le Professeur J.F. WORBE

INSTITUT UNIVERSITAIRE ET TECHNOLOGIE N° 1 - Directeur : Mr le professeur B. POUYET

INSTITUT UNIVERSITAIRE ET TECHNOLOGIE N° 2 - Directeur : M.J. GALLET (Directeur
ENSAM)

OBSERVATOIRE - Directeur : Monsieur MONNET (Astronome Adjoint)

PHYSIQUE NUCLEAIRE - Directeur : Monsieur le Professeur GUSAKOW

MECANIQUE - Directeur : Mademoiselle le Professeur G. COMTE-BELLOT.

Examineurs de la Thèse :

- Président : Monsieur le Professeur A. PERRIN
- Assesseurs : Monsieur le Professeur F. TOLOT
Monsieur le Professeur J. GUYOTAT
Monsieur le Professeur J.P. DELAHAYE
Monsieur le Docteur A. SAINT-PIERRE

A MARGUERITE, avec mon amour.

A VINCENT, pour ses interrogations.

A MON PERE et A MA MERE, pour toutes leurs preuves d'amour.
Particulièrement, pour celle de m'avoir caché ce qu'il leur a
coûté de me permettre de faire des études de Psychologie et
d'avoir prolongé leur aide, sans qu'il en soit question, lorsque
j'ai entrepris mes études de Médecine.

A ma soeur FRANÇOISE et à JEAN, son époux.

A mes BEAUX-PARENTS, pour les joies et les peines que nous avons
partagées et pour leur soutien constant pendant l'accomplissement
de ce travail.

A TOUS MES AMIS.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur A. PERRIN

Nous sommes très sensible à l'honneur qu'il nous fait de présider notre jury de thèse.

Nous avons hautement apprécié la grande bienveillance avec laquelle il a accueilli notre travail.

Nous lui demandons de trouver ici l'expression de notre profond respect.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur F. TOLOT

Monsieur le Professeur J. GUYOTAT

Monsieur le Professeur J.P. DELAHAYE

Monsieur le Docteur A. SAINT-PIERRE.

Nous avons été très touché par l'accueil
qu'ils ont réservé à ce travail.

Nous les remercions de l'honneur qu'ils nous
font d'apporter à sa discussion la richesse de leur
expérience clinique et la marque de leur intérêt pour
la Psychologie Médicale.

A tous ceux qui nous ont apporté leur aide dans la réalisation de cette recherche depuis 1973 et tout particulièrement:

Aux PATIENTS du Service d'entraînement physique des cardiaques de l'Hôpital Henry-Gabrielle.

A Monsieur le Docteur A. SAINT-PIERRE, Responsable de ce Service, pour sa confiance et ses encouragements.

A Mademoiselle Martine DETRAZ, Kinésithérapeute, pour son aide permanente et son amitié.

A tous les MEDECINS et KINESITHERAPEUTES du Service, pour l'accueil qu'ils nous ont réservé et la qualité de leurs remarques.

A Monsieur le Médecin Chef des Services M. DEFAYOLLE et à Monsieur le Médecin Principal J. FOURCADE. Leur aide nous fut précieuse pour établir un plan d'approche expérimental de cette problématique.

A Monsieur le Professeur J. GUILLAUMIN, dont l'enseignement nous a apporté maints éléments de compréhension particulièrement éclairants.

Nous n'avons pas plus de pouvoir s'attardant
sur les décisions de notre vie que nous n'en
possédons sur nos rêves à travers notre som-
meil. A peine plus. Réalité quasi sans choix,
assaillante, assaillie, qui exténuée se dépose,
puis se dresse, se veut fruit de chaos et de soin
offert à notre oscillation. Caravane délectable.
Ainsi va-t-on.

Soudain nous surprend l'ordre de halte et le
signal d'obliquer. C'est l'ouvrage.

RENE CHAR - La Nuit Talismanique.

A. SKIRA, Genève, 1972, p. 57.

P L A N

INTRODUCTION

- 1 - L'objet de l'étude
- 2 - L'approche clinique
- 3 - Plan de l'étude

1ère PARTIE - L'EXPLORATION BIBLIOGRAPHIQUE

Chapitre 1 - L'évolution des réactions consécutives à l'infarctus du myocarde.

- 1 - La phase hospitalière (phase aiguë, passage en salle, sortie)
- 2 - La convalescence
- 3 - La reprise du travail
- 4 - Conclusion

Chapitre 2 - Les réactions psychologiques à l'entraînement physique.

- 1 - Les effets psychologiques de l'entraînement en phases I, II et III
- 2 - Les attitudes vis-à-vis de la phase II et leur pronostic
- 3 - Conclusion

2ème PARTIE - L'INTERPRETATION DES REACTIONS DE DEPRESSION ET DE NEGATION

Chapitre 1 - L'infarctus du myocarde comme traumatisme.

Chapitre 2 - La personnalité du coronarien.

- 1 - Le profil caractériel
- 2 - Les mécanismes de défense
- 3 - Conclusion

Chapitre 3 - Mise en place de la dépression.

- 1 - Définition
- 2 - Le coronarien comme "dépressif"
- 3 - L'infarctus comme facteur déclenchant de la dépression
- 4 - Les modifications du régime défensif après l'infarctus

Chapitre 4 - La négation.

- 1 - Définition
- 2 - Circonstances d'observation
- 3 - Interprétation de la négation
- 4 - La négation comme mécanisme de défense (le point de vue structural)

Chapitre 5 - L'adaptation à la maladie.

3ème PARTIE - LES ATTITUDES OBSERVEES PENDANT L'ENTRAINEMENT ET LA POST-CONVALESCENCE.

Chapitre 1 - Les attitudes observées en phase II.

- 1 - Réactions au début de l'entraînement
- 2 - L'évolution des attitudes au cours de la phase II

Chapitre 2 - Les attitudes en phase III

- 1 - Généralités
- 2 - La poursuite autonome des activités physiques
- 3 - Les types adaptatifs en phase III
- 4 - Conclusion

4ème PARTIE - LA RELATION THERAPEUTIQUE AU COURS DE L'ENTRAINEMENT PHYSIQUE ET SON ACTION PSYCHODYNAMIQUE.

Chapitre 1 - Place des exercices ergométriques dans la relation thérapeutique.

- 1 - Généralités
- 2 - La place prépondérante des exercices dans le programme
- 3 - La mise à l'épreuve de la valeur du malade
- 4 - La valeur d'échange des mesures

5 - Les "conduites d'expérience"

6 - Hypothèse sur la valeur psychodynamique des exercices ergométriques.

Chapitre 2 - L'ordre narcissique dans la pratique de l'entraînement.

1 - Les investissements narcissiques

2 - Les opérations d'identification

3 - Complémentarité du narcissisme et de l'anaclitisme

4 Conclusion

Chapitre 3 - Conditions et limites de l'action psychodynamique de l'entraînement.

1 - Modifications du régime défensif introduites par l'entraînement

2 - Le phénomène de transitionnalité

3 - Perspectives ouvertes par l'approche psychanalytique

4 - Le rôle de l'équipe

CONCLUSIONS.

- INTRODUCTION -

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (155), la réadaptation des cardiaques est constituée par "l'ensemble des activités nécessaires à assurer aux handicapés cardiaques une condition physique, mentale et sociale optimale, leur permettant d'occuper, par leurs propres moyens, une place aussi normale que possible dans la société".

Les phases de l'entraînement physique se définissent ainsi :

- La phase I ou *phase aiguë* : commence dès le 3ème ou 4ème jour d'hospitalisation et comporte pendant 3 semaines environ un programme d'exercices lentement progressif.
- La phase II, dite *phase de convalescence* ou *phase ambulatoire*, commence quand la marche et la montée d'un étage sont possibles. Elle comporte une activité plus importante (marche, gymnastique et cycloergomètre) et se termine par une évaluation exacte de la capacité physique résiduelle. Elle débouche dans les cas favorables et avant le 3ème mois sur :
- La phase III, dite *phase d'entretien* ou *de post-convalescence*, pendant laquelle l'entraînement physique doit être poursuivi. Après le retour à l'activité professionnelle, le patient doit s'efforcer de conserver ou d'améliorer ses possibilités.

BROUSTET (26, 27) attribue à ce programme les trois buts suivants :

- *Améliorer la capacité physique d'effort.*
- *Favoriser le retour au travail plus précoce d'un grand nombre de patients.*
- *Réduire le retentissement psychologique de la maladie.*

C'est l'étude de ce troisième volet qui constitue l'objet de notre recherche.

1 - L'OBJET DE L'ETUDE

Une des conclusions du rapport de l'O.M.S. (156) sur les aspects psychologiques de la réadaptation des malades cardio-vasculaires est que "les observa-

*Les parenthèses suivant les noms d'auteurs renvoient à la bibliographie.
Les chiffres en italiques renvoient aux notes de bas de page.*

tions des réactions psychologiques du patient à l'infarctus du myocarde, de ses réactions au traitement hospitalier et aux différentes phases d'un programme de réadaptation active n'ont jamais été systématiques et que nos connaissances en ce domaine ne sont pas organisées".

En effet, l'attention des cliniciens a été depuis longtemps attirée par les structures de comportement et le style de personnalité associées aux maladies coronariennes. Par la suite, de nombreuses observations ont été publiées sur les réactions à la phase aiguë de l'infarctus, à sa convalescence et à la reprise du travail. Ces travaux empiriques devaient trouver leur prolongement naturel dans l'observation des sujets soumis à un entraînement physique. Si les auteurs ont rapidement reconnu les bénéfices psychologiques qu'en retirent les patients, cette appréciation demeure empirique et reste soumise à la subjectivité du malade. Rares sont encore les travaux qui définissent l'incidence des facteurs psychologiques dans la réussite de l'entraînement. Quant à ceux qui étudient l'originalité de type particulier de relation thérapeutique, ils sont plus rares encore. Enfin, aucun schéma interprétatif de l'effet de l'entraînement comme agent de changement de l'attitude du malade face à sa maladie n'est encore élaboré.

Deux questions se sont associées comme argument de notre recherche :

- L'entraînement physique peut-il donner aux convalescents la possibilité de modifier leur mode d'adaptation psychologique à l'infarctus ?

Pour répondre à cette question, il ne nous a pas suffi d'observer les malades pendant la phase II de l'entraînement ou à un an de cette période. Il était nécessaire de replacer ces données dans l'étude longitudinale des réactions à l'infarctus et, pour cela, de reprendre l'observation des convalescents depuis la phase aiguë de leur maladie. Cette étude nous amène à considérer l'entraînement physique comme l'une des *sources de variation* possibles des attitudes consécutives à l'infarctus plutôt que comme un agent de réduction du retentissement psychologique de la maladie.

- Si l'entraînement peut être une source de variation des réactions à l'infarctus, comment le peut-il ?

Seule une approche *compréhensive* des attitudes observées en cours d'entraînement peut ouvrir la voie à une interprétation de l'efficacité psychothérapeutique de ces exercices. Cette approche doit reposer sur l'étude du travail de réorganisation intérieure qui débute dès la phase aiguë de la maladie. Cette première phase peut conditionner tout le comportement ultérieur du patient, qu'il soit entraîné ou non. Nous ferons l'hypothèse que la réadaptation donne au malade la possibilité de réorganiser son comportement réactionnel d'une manière originale. Cette hypothèse nous amènera à étudier attentivement les caractères de cette relation thérapeutique.

2 - L'APPROCHE CLINIQUE

2.1 - Le recueil des observations

Nos observations portent sur 72 patients.

Nous avons rencontré 41 convalescents d'infarctus en *phase II*, pendant

leur passage à l'Hôpital Henry-Gabrielle, dans le Service d'entraînement physique des cardiaques.

Nous avons proposé à ces patients un entretien d'environ 45 minutes. Afin d'être peu directif, nous débutions généralement par une formule telle que : "Eh bien, racontez-moi..." ou "Parlez-mois de ce que vous faites ici ou de ce que vous allez y faire". En cours d'entretien, lorsqu'il ne les a pas abordées, nous avons orienté le patient vers certaines questions : Qu'attendez-vous de l'entraînement ? Comment vous a-t-il été présenté et dans quelles circonstances ? Comment vous situez-vous dans le groupe des cardiaques ? Pensez-vous poursuivre une activité physique à la fin du programme ?

Nous n'avons réalisé aucun enregistrement mais seulement pris des notes en présence du patient.

Ces entretiens ont été menés pendant 3 ans, à un rythme parfois irrégulier. Ils se sont tous situés en fin d'après-midi car auparavant les malades sont à l'exercice. Nous avons suivi certaines séances de gymnastique et de cyclo-ergomètre. Ceci nous a permis d'observer l'équipe et d'apprécier certains éléments caractéristiques de la relation thérapeutique. Nous avons aussi interviewé des médecins et des kinésithérapeutes appartenant à l'équipe. Enfin, pour 10 malades, l'entretien a été doublé, de manière à les rencontrer à leur arrivée et à leur départ du Service.

A la suite d'une invitation lancée par le Service pour revoir d'anciens malades, nous avons rencontré, dans les mêmes conditions d'entretien, *31 sujets qui avaient achevé la phase II depuis plus d'un an* et venaient pour une nouvelle épreuve d'effort.

2.2 - Les limites de cette approche

Il ne nous a pas été possible de présenter des données statistiques personnelles. Deux raisons rendent compte de ce défaut.

La première est *l'hétérogénéité de notre population*. Ainsi, les patients que nous avons rencontrés se distinguent par :

- L'intervalle qui sépare la phase *I* de la phase *II*. Certains sont arrivés dans le Service immédiatement après leur sortie du Service de Cardiologie ; d'autres ont abordé le programme après une convalescence plus ou moins prolongée à leur domicile ou après une réhospitalisation pour une coronarographie. Certains même avaient déjà l'expérience de la reprise du travail.
- Bien entendu, la conduite de l'entraînement a varié avec l'état cardiaque des patients.
- Enfin, certains malades ont suivi le programme en ambulatoire alors que d'autres ont été hospitalisés. La majorité des patients que nous avons observés appartiennent à cette dernière catégorie (1).

(1) Cependant, de plus en plus, pour des raisons économiques mais aussi psychologiques, le Service choisit de prendre en charge les patients de manière ambulatoire.

- Quant aux malades vus en phase *III*, leur infarctus et leur entraînement pouvaient remonter à plus de 2 ans comme à 1 an seulement. Leur état cardiaque variait lui aussi.

Seul un effort préalable pour identifier dans cette problématique encore mal explorée les variables et les sources de variation peut assurer le recueil de données statistiques dépourvues d'équivoque et ouvrir la voie à l'établissement d'un plan expérimental.

La seconde limite méthodologique de notre approche est la difficulté que nous avons rencontrée pour réaliser une *observation longitudinale*. Certes, les patients nous ont apporté des données rétrospectives soit sur leur réaction en phase aiguë (pour ceux vus en phase *II*) soit sur la phase *II* (pour ceux vus en *post-convalescence*). Pour étudier les réactions spontanées à la phase aiguë et à la convalescence, nous avons rencontré 12 sujets qui n'ont pas suivi de programme en phase *II*. Cependant, c'est essentiellement aux données bibliographiques que nous avons recouru pour explorer les formes de l'adaptation spontanée à la maladie.

3 - PLAN DE L'ETUDE

Dans la première partie, nous présenterons les données bibliographiques qui traitent des réactions successives à l'hospitalisation, à la convalescence et à la reprise du travail après un infarctus du myocarde. Nous analyserons ensuite les travaux consacrés aux attitudes vis-à-vis de l'entraînement physique et aux effets psychologiques de cette méthode.

Dans la deuxième partie, nous interpréterons les faits cliniques à partir de la conception de l'infarctus comme traumatisme. Nous tenterons de comprendre l'enchaînement psycho-génétique organisant les réactions de dépression et de négation de la maladie en étudiant les mécanismes de défense qui caractérisent les coronariens.

En troisième partie, nous présenterons nos observations sur les attitudes en phase *II* et en phase *III* et nous rechercherons quelle classification permet de dégager le mieux leur signification psychodynamique.

En quatrième partie, nous articulerons avec l'analyse de la deuxième partie, l'interprétation des réactions de dépression et de négation telles que nous les avons observées. Nous rechercherons enfin quels sont les caractères originaux de la relation thérapeutique au cours de l'entraînement physique et selon quel schéma interprétatif ils s'inscrivent dans la dynamique de l'adaptation à la maladie, telle que nous l'aurons alors définie.

Première Partie

L ' EXPLORATION BIBLIOGRAPHIQUE

- CHAPITRE I -

L'EVOLUTION DES REACTIONS CONSECUTIVES A L'INFARCTUS DU MYOCARDE

1 - LA PHASE HOSPITALIERE

SELVINI (176) reconnaît trois moments critiques pour les malades atteints d'infarctus : l'arrivée à l'hôpital, la cinquième journée (qui marque la fin de la phase aiguë et des Soins Intensifs) et la sortie de l'hôpital.

1.1 - La phase aiguë

A l'entrée à l'hôpital et en l'espace de quelques heures, le malade passe d'un état de bien-être à un état de souffrance physique et morale intense qui se manifeste par des questions telles que : *"Qu'est-ce que j'ai ? Qu'est-ce qui va m'arriver ? Est-ce que je vais mourir ? ..."*

BERG-LARSEN (10), ANDERSEN et Al. (1), ELEK (63), DOMINIAN et Al. (59), LAWRIE et Al. (121), MATHER et Al. (138), PAVESI (157) et STORLIE (180) ont retrouvé chez tous les sujets des manifestations d'anxiété et de dépression. CAY et Al. (40) concluent d'une étude comparative portant sur 203 patients que l'apparition et l'intensité de ces symptômes ne sont en relation ni avec l'état médical ni avec la technique appliquée (Soins Intensifs, salle ou traitement à domicile).

Nous ne ferons que mentionner l'éventualité de tableaux proprement psychiatriques (confusion mentale ou bouffées délirantes) qui ont été rapportés par DAGNINI (51). L'angoisse participe à leur déclenchement comme à leur clinique.

FOSTER et Al. (68) et WAHL (186) ont observé que si la réponse émotionnelle est caractérisée pendant les premières 24 heures chez tous les patients par l'anxiété, elle se différencie ensuite en prenant la forme d'un déni plus ou moins radical de la maladie. Dans une interview au 2ème ou 3ème jour de l'hospitalisation, GEIGER (81) reconnaît le déni chez 79 pour cent de 38 patients, de manière forte (*"Ce n'est rien du tout"*), modérée (*"Je ne pense pas que ce soit mon coeur"*) ou légère (*"Je suis sûr que mon état cardiaque n'est pas aussi grave que cela"*). Il note que l'anxiété ne persiste alors que chez les sujets présentant encore des symptômes douloureux. CASSEM et Al. (37, 38) et HACKETT et Al. (91), à cette même phase, ont retrouvé cette succession du déni à l'anxiété chez la plupart des malades. BOUVRAIN et Al. (24) attribuent l'absence d'anxiété non pas au déni mais à un "phénomène de régression qui représente lui-même un effet favorable des Unités de Soins Intensifs". Cependant, s'il est certain que la régression caractérise la prise en charge en phase aiguë, il nous semble nécessaire de reconnaître la part qui revient à la négation dans l'attitude du malade. Pour le souligner, GEIGER, explorant la compréhension qu'ont les patients de leur

maladie, montre que 34 pour cent n'ont fait aucune allusion à un problème lié au coeur.

1.2 - Le passage en salle

CAY et Al. (41) constatent alors que près des deux tiers des 203 patients qu'ils ont observés sont anxieux. KLEIN et Al. (117, 118) et SELVINI (176) décrivent plusieurs réactions : hyperdépendance par rapport à l'équipe, recherche d'une cause ou d'un responsable de la maladie (attitude projective), déni exprimé plus ou moins directement ou enfin dépression.

LUMINET (131) écrit : *"La panique passée, le premier mouvement sera le plus souvent une réaction dépressive"*. GEIGER (81) commence à observer des manifestations dépressives en moyenne dès le 5ème jour de l'hospitalisation et chez 68 pour cent des sujets. Il fait de la succession anxiété - déni - dépression "l'histoire naturelle" de la réponse à la maladie.

Pour HACKETT et Al. (92) les symptômes dépressifs apparaissent quand le danger de l'état aigu décroît, c'est-à-dire vers la fin du passage en Soins Intensifs ou peu après le transfert en salle. Ils peuvent être parfois si discrets qu'ils échappent au médecin et même se trouver absents si la réaction de déni est intense. Cette dépression est centrée sur la crainte du futur et a pour objets le travail, la sexualité, la crainte des rechûtes, le vieillissement prématuré... "La principale question est la perte, réelle (travail, épouse...) ou symbolique". FROESE et Al. (77) différencient ainsi l'évolution d'un groupe de patients niant la maladie et d'un groupe ne la niant pas : aux 1er et 2ème jours, le niveau d'anxiété est élevé dans les deux groupes ; il diminue ensuite de manière significativement plus rapide dans le premier groupe. L'index de dépression diminue aussi plus rapidement pour ce groupe (dès les 5ème-7ème jours) que pour le second. Dans les deux groupes, l'index du déni diminue significativement, mais plus rapidement pour les patients reconnaissant la maladie (8ème-10ème jours) que pour ceux la niant (11ème-14ème jours). Enfin, pour les deux groupes, la diminution du déni s'accompagne d'une diminution de l'index d'anxiété.

1.3 - La sortie de l'hôpital

DELIPPIANI et Al. (54) et SELVINI (176) ont montré qu'elle s'accompagne d'une recrudescence significative de l'anxiété, illustrée par des questions telles que *"L'infarctus va-t-il se répéter ?"* ou *"Vais-je pouvoir reprendre mon travail ?"*

2 - LA CONVALESCENCE

PEYROUZET et Al. (159) estiment que les réactions ou les troubles psychiques de la convalescence et de la post-cure ont été peu étudiés de façon systématique.

Historiquement, dès 1924, LAUBRY (120) signale des états dépressifs réactionnels ou mélancoliques survenant dans le décours de maladies coronariennes. JUERGER (109) et NOYER (152) soulignent la fréquence de l'asthénie physique et psychique à cette période.

GRODEN et Al. (87), appliquant l'Eysenck Personality Inventory, montrent une élévation des indices névrotiques et dépressifs dans l'intervalle séparant un examen avant la sortie d'un second réalisé 6 mois plus tard.

WISCHNIE et Al. (192) ont interviewé 24 convalescents à 3 mois de leur sortie. Leur plainte la plus fréquente est la faiblesse. Presque tous les sujets se sont sentis anxieux et déprimés pendant le premier mois. Tous ont eu ou ont encore des troubles du sommeil. Enfin, les résolutions adoptées ont été précocement abandonnées et les relations familiales se sont détériorées. Au cours de leur première semaine à domicile, 9 malades désiraient revenir à l'hôpital.

CAY et Al. (41) rapportent aussi qu'après la sortie apparaissent ou s'intensifient les troubles émotionnels : insomnie (crainte de l'arrêt cardiaque), irritabilité liée aux perturbations introduites par le statut de malade dans les relations familiales, sentiments de culpabilité et de dévalorisation. Une difficulté supplémentaire est apportée par la nécessité de certains changements dans le mode de vie (arrêt du tabac, réduction du poids).

SCHEINGOLD (173), HELLERSTEIN (97), GREEN (84), COHEN et Al. (44) ont décrit les difficultés éprouvées par les patients dans leur vie sexuelle, avec en premier lieu sa réduction. BLOCH et Al. (16, 17) n'ont retrouvé aucune corrélation entre leur aptitude physique et leur activité sexuelle.

HACKETT et Al. (92), pour désigner l'ensemble de ces difficultés, emploient l'expression de *"home coming depression"*. Pour ces auteurs, la principale complication de la convalescence est le déclenchement d'une dépression sous-jacente, devenant alors manifeste, ou son aggravation.

D'autres attitudes ont cependant été décrites. BERSAY (14) reconnaît trois comportements possibles lors du retour au domicile :

"- *Le refoulement* : le sujet nie la maladie, ne suit pas les conseils et veut faire comme si rien ne s'était passé.

- *L'obsessionnel* : au contraire, il respecte les conseils diététiques et vous apportera des comptes-rendus dactylographiés de ses journées (...).

- *Le compétitif* : réunit rapidement une large bibliographie sur la maladie coronarienne et argumentera point par point votre traitement".

Ces réactions constituent des défenses élaborées contre la dépression. Pour LUMINET (130), après une dépression passagère, l'incapacité psychologique d'appréhender la gravité de l'accident et la reprise des mécanismes de toute-puissance font nier la maladie dans un climat de "tout ou rien" où *seule la passivité est ressentie comme un danger mortel*. Certains malades réagiront donc par la persistance du sentiment de toute-puissance et la négation de l'idée de mort.

Remarque : Une approche différentielle originale

BONAMI et Al. (20), afin de vérifier l'hypothèse d'une tendance à la négation des troubles chez les coronariens, ont étudié l'attitude consécutive à l'infarctus en la comparant aux réactions à d'autres maladies ou traumatismes. Un questionnaire destiné à apprécier ces attitudes fut proposé à 4 groupes de

patients, rangés de la manière suivante dans un continuum en fonction de l'importance des conséquences objectives du traumatisme ou de la maladie : opérés < accidentés < coronariens < pulmonaires chroniques. Ce questionnaire fut présenté dans les deux mois faisant suite à l'intervention, l'accident, l'infarctus ou à l'entrée en sanatorium.

L'ampleur de la réaction psychologique à la maladie devait augmenter proportionnellement à sa position sur le gradient. En ce qui concerne l'insécurité quant à l'état physique et la tendance à la dépréciation de soi, le groupe des coronariens se différencie très nettement de l'ensemble des autres groupes par un score moyen très bas. Avec une très forte homogénéité, ce sont les scores des coronariens et des opérés qui sont les plus bas à l'indice d'insécurité quant à l'avenir et l'indice de détérioration des relations sociales. *"Il semble donc que malgré la menace qui pèse sur leur existence, malgré les séquelles physiques de leur maladie et malgré la restructuration importante que celle-ci devrait imposer à leurs habitudes comportementales, les patients coronariens présentent une réaction comparable à celle d'un groupe de patients chez lesquels la menace de mort ou la perte de l'intégrité physique n'existe plus et chez lesquels les séquelles des troubles sont moindres"*. Cette réaction répondrait à un besoin intense de non dépréciation de l'image de soi, particulièrement en ce qui concerne l'aspect social de celle-ci.

RIME et Al. (167) désiraient savoir si à plus longue échéance cette attitude se maintiendrait sans dommage. "En effet, la phase de réinsertion professionnelle constitue une étape critique à cet égard, dans la mesure où le sujet y est confronté à la réalité de la tâche et où les comportements de surcompensation constituent une lourde exigence lorsque les capacités physiques sont diminuées". Dans le prolongement de la précédente étude, un nouveau questionnaire fut élaboré et appliqué à 30 victimes d'infarctus, 30 victimes de fracture et 30 pulmonaires chroniques. Tous ces patients avaient repris le travail depuis un an au moins, après une interruption de 4 mois en moyenne. "Aucune différence n'apparaît entre les fracturés et les pulmonaires chroniques. Cependant, *le groupe coronarien diffère notablement de ces deux derniers* : les sujets coronariens estiment que leur rendement a diminué de même que leur capacité de concentration. Ils se décrivent comme moins capables de détente et se jugent affectés dans leur équilibre émotionnel".

3 - LA REPRISE DU TRAVAIL

La reprise du travail, dans sa qualité comme dans son délai, constitue donc un élément significatif de la réaction individuelle à l'infarctus. BOURRET et Al. (23), WYNN (197) et NAGLE (150) ont montré que son échec n'était pas toujours dû à l'état cardiaque mais résultait fréquemment de difficultés psychologiques.

Dans l'observation de CAY et Al. (43), basée sur 203 cas, 4 mois après l'hospitalisation, le pourcentage des sujets qui travaillaient auparavant et n'avaient pas repris leur activité est de 34 ; à un an, ce chiffre passe à 29. Ces individus, qui sont nommés *"problem patients"* par les auteurs, se reconnaissent à leurs difficultés psychologiques. Avec une corrélation positive, ce sont les sujets déprimés au 4ème mois qui reprennent le travail le plus tardivement. Recherchant les prédicteurs de l'échec de cette reprise, les auteurs ne retiennent ni l'âge, ni la classe sociale, ni les symptômes fonctionnels ni les appréciations médicales, mais l'attitude du sujet par rapport à sa maladie et à ses symptômes résiduels. Ils montrent que cette attitude est liée à la réaction

initiale à la maladie et que cette réaction se maintiendrait ensuite, puisque leurs résultats sont semblables à 4 mois et à 1 an. CASTAIGNE et Al. (39) proposent les mêmes conclusions et précisent comment le médecin doit rechercher les facteurs psychologiques de mauvais pronostic.

COUSTRY-DEGRE et Al. (46) ont proposé un examen psychologique approfondi à 95 malades ayant présenté un infarctus du myocarde 2 mois auparavant afin de rechercher la valeur pronostique des facteurs psychologiques dans la réadaptation des patients. Il s'agissait d'hommes, ayant une moyenne d'âge de 49 ans. Les auteurs ont dégagé trois types de comportements face à la maladie :

- *Réaction impulsive* : le patient refuse l'idée de la maladie et minimise systématiquement ses troubles. Il reste hyperactif et ne tient pas compte des restrictions imposées par l'équipe. La motivation au travail est excellente (100 p. cent reprennent le travail dans les 5 mois suivant l'infarctus). Mais ce sont ces patients qui ont le pourcentage de mortalité le plus élevé dans les 3 ans à venir.

- *Réaction adaptée* : l'attitude se caractérise par un bon contrôle de l'affectivité. Ces patients voient leur maladie avec réalisme, tiennent compte des restrictions imposées et restructurent leur vie professionnelle et familiale en fonction de leur état de santé. La motivation au travail est bonne.

- *Réaction régressive* : les sujets exagèrent leur situation médicale et leur handicap. Ils sont submergés par la peur et ne réagissent que par la passivité. Il existe chez eux un manque de motivation au travail par crainte. Tous les patients décédés avant d'avoir pu reprendre le travail appartiennent au groupe régressif et parmi les sujets qui n'ont pas repris le travail après un délai minimum de 18 mois, les auteurs observent un pourcentage du type régressif de 93 p. cent.

Les auteurs insistent sur le fait que les facteurs d'anxiété et de dépression se retrouvent à des degrés divers dans les trois catégories et soulignent en conclusion "*l'importance primordiale de la motivation et de l'attitude d'acceptation ou de non-acceptation de la maladie*".

GARRITY (78, 79) retrouve la perception qu'a le sujet de sa santé comme seul prédicteur statistiquement établi de la reprise des activités professionnelles ou des loisirs 6 mois après l'infarctus. Il confirme l'absence de corrélation entre la nature de cette perception et celle des données médicales.

4 - CONCLUSION

Pour CROOG et Al. (48), la réaction à l'infarctus se développerait selon les phases suivantes : après une brève phase anxieuse, qui s'étendrait dans les premiers jours de l'hospitalisation, s'installerait ensuite assez rapidement une phase de reconstruction au cours de laquelle apparaissent des réactions agressives qui laisseraient place enfin dans la majorité des cas à une attitude de négation et de refus de la maladie.

Les auteurs que nous avons cités ont montré que la réaction de négation peut se manifester bien avant la convalescence et que les réactions agressives (extra-punitives), oscillant avec les réactions dépressives (intra-punitives),

sont associées à la recherche d'un responsable de la maladie. Ainsi, par-delà la variation des données que nous avons rassemblées - qui répond aux méthodes d'investigation propres à chaque auteur et respecte ce que l'histoire de chaque sujet peut avoir d'original - il nous est possible de proposer la synthèse suivante : la dépression et la négation constituent les deux modes principaux d'élaboration de l'anxiété déclenchée par la phase aiguë. Ces réactions peuvent se succéder ou l'une seulement se manifester ; leur intensité va décroître dans le cours de l'hospitalisation. L'anxiété est cependant réactivée par la sortie et c'est seulement pendant la convalescence que va se consolider la restructuration (et à l'extrême la négation totale de la maladie) ou que la dépression, sous ses diverses formes (sentiment d'échec ou de frustration, hyperdépendance) va apparaître ou s'intensifier. *Les modalités de la reprise du travail dépendent de l'efficacité de ces ajustements mais peuvent aussi les renforcer.*

Ni la gravité de l'atteinte cardiaque, ni l'âge, ni la classe sociale, ni le type du traitement somatique appliqué ne sont apparus comme prédictors de l'attitude du malade face à sa maladie. Cette variable se tient au carrefour des facteurs liés à la personnalité antérieure du patient et à l'attitude de l'entourage (médical, familial et socio-professionnel). Dans notre deuxième partie, nous tenterons d'organiser les facteurs psycho-dynamiques de la constitution de cette attitude. Mais auparavant, nous allons poursuivre notre exposé bibliographique en recherchant d'abord comment l'entraînement physique peut être reconnu lui-même comme source de variation de la réaction à la maladie, à la convalescence et à la reprise du travail ; puis de quelle manière l'image qu'a le patient de sa maladie peut constituer un facteur de réussite ou d'échec de la réadaptation physique.

• • •

— CHAPITRE II —

LES REACTIONS PSYCHOLOGIQUES A L'ENTRAÎNEMENT PHYSIQUE

1 - LES EFFETS PSYCHOLOGIQUES DE L'ENTRAÎNEMENT PHYSIQUE

L'un des objectifs de l'entraînement physique des coronariens est de "réduire le retentissement psychologique de la maladie" (BROUSTET, 26). Nous allons en rechercher la confirmation dans les travaux qui ont été consacrés à l'exploration de cette efficacité aux trois phases de l'entraînement.

1.1 - Les effets en phase I

La phase I couvre les trois semaines d'hospitalisation.

Le repos prolongé après un infarctus du myocarde est longtemps apparu comme la seule mesure susceptible de retarder la récurrence de l'accident cardiaque.

Dès 1935, HAY (95) discute les effets psychologiques néfastes de la déchéance physique consécutive à cette méthode. Par la suite, LEVINE (126, 127, 128), IRVIN et Al. (102) et BRUMMER et Al. (33, 34) confirment le préjudice porté par l'alitement prolongé à l'état psychologique du malade et montrent que la mobilisation précoce n'a pas de telles conséquences.

LEBOURGES et Al. (123) constatent chez trois patients traités par l'immobilisation prolongée "une décompensation brutale sur le mode anxieux et dépressif, avec perte de confiance en soi, apragmatisme absolu, impression d'incurabilité et angoisse de mort centrée sur le coeur". Parmi ces trois malades, l'un n'avait pas eu d'infarctus mais était convaincu d'en avoir eu un.

Dans un récit autobiographique, FOURNY (69) relate ainsi ses impressions au premier lever, après 40 jours d'alitement : "Comment avais-je pu devenir une telle loque ? Comment pouvait-on tomber si bas en si peu de temps ?"

Malgré la nécessité reconnue de mener des expérimentations pour apprécier les bénéfices psychologiques de l'entraînement en phase I, peu d'auteurs ont publié de telles recherches. BECKWITH et Al. (9) et GRODEN (85, 86) ont reconnu empiriquement que si la brièveté de l'immobilisation était bénéfique, il ne semblait pas que les patients tôt mobilisés échappent pour autant à l'anxiété et à la dépression.

GRODEN et Al. (87) ont appliqué l'Eysenck Personality Inventory à deux groupes de sujets : l'un tôt mobilisé (lever avant le 14ème jour), l'autre soumis à 3 jours d'immobilisation complète avec lever au 25ème jour. Entre l'admission et la sortie, chez les deux groupes, les auteurs ont observé une élévation significative des scores de l'échelle "Neuroticism" (labilité émotionnelle et tendance dépressive) et de l'échelle *Introversion* ; l'échelle *Extraversion* (sociabilité, recherche de stimulus) a une diminution significative. Ils donnent à cela deux explications : les malades quittant l'hôpital ne réalisent la totalité de l'impact de leur maladie qu'en retrouvant leur ancien mode de vie et en découvrant qu'ils ne peuvent plus l'assumer ; d'autre part, ils retrouvent alors un entourage (familial et professionnel) qui leur donne le rôle d'un individu gravement malade.

Cependant, au moment de quitter l'hôpital, le groupe tôt mobilisé a un score significativement plus bas à l'échelle "Neuroticism" que le second. Or, 8 mois après la sortie, cet avantage initial a disparu et il n'y a plus aucune différence entre les deux groupes pour cette échelle. Les auteurs concluent que *"si la mobilisation précoce retarde l'impact social et psychologique de la maladie, cet avantage est ensuite perdu et aucune différence significative n'est retrouvée à long terme"*.

C'est donc vers des mesures réalisées pendant la phase II qu'il faut nous orienter afin de rechercher si la poursuite de l'entraînement après un certain nombre de séances dans un centre spécialisé jusqu'à la reprise du travail peut modifier les attitudes des patients.

1.2 - Les effets de la phase II

De nombreux auteurs, parmi lesquels Mc PHERSON et Al. (140), NAUGHTON et Al. (147), JONES (105), KELLERMANN (115), FISHER (67), ZAITSEV et Al. (199) et BIRKUI et Al. (15) ont observé de manière empirique que *les malades apprécient les effets de l'entraînement sur leur forme physique et jugent que leur confiance en eux-mêmes et en l'avenir s'en trouve grandie* ; enfin, leur anxiété et leurs symptômes dépressifs s'atténuent rapidement. MEDERT-DORNSCHEIDT (141) ajoute à ces effets celui de l'abandon de certains facteurs de risque (tabac, excès alimentaires) et de l'introduction de temps de détente plus nombreux ; cependant, cet auteur attribue ces modifications au fait que le travail n'est pas encore repris plutôt qu'à un véritable changement.

BÜRCHARDT et Al. (35) ont comparé un groupe de patients ayant subi seulement la phase I avec un groupe ayant suivi l'entraînement complet des phases I et II. Dans le premier groupe, si les variations individuelles de l'indice d'anxiété vont dans le sens d'une diminution ou d'une stabilisation, la moyenne pour l'ensemble du groupe ne varie pas. Par contre, dans le second groupe, l'indice d'anxiété d'ensemble a diminué ainsi que le sentiment de dévalorisation de l'image de soi ; en fin d'hospitalisation, on note aussi une nette modification de l'image de la réadaptation avec une meilleure motivation générale.

Pour HEINZELMAN (96), la dépression demeure mais est moins pénible si le malade suit un programme et abandonne ainsi sa passivité pour participer à sa guérison. QUIRET et Al. (161) précisent que ces considérations optimistes ne doivent pas dissimuler qu'une anxiété certaine persiste en profondeur : 38 p. cent des patients s'estiment souvent anxieux, 37 p. cent souvent irrités et 41 p. cent légèrement déprimés. Enfin, DUBECQ (61) et BROUSTET (26) qualifient d'*euphorisant* l'effet qu'a parfois l'entraînement sur certains malades.

WRZESNIEWSKI (194) a montré qu'après 28 jours dans un centre de réadaptation physique, *le nombre des sujets ayant une attitude de mauvais pronostic avait diminué significativement*. Le temps écoulé entre la sortie de l'hôpital et la deuxième mesure ne serait-il pas responsable de ce changement ? Pour répondre à cette question, l'auteur a comparé un groupe de patients qui est entré au centre immédiatement après la sortie de l'hôpital et un groupe qui a passé environ un mois à domicile dans cet intervalle. Or aucune différence significative n'a été retrouvée dans ces deux groupes entre les mesures faites au début et à la fin de l'entraînement : chacun enregistrerait le même changement d'attitude. L'auteur en conclut que *le programme a modifié les attitudes envers la maladie de manière favorable*, tout en reconnaissant que ceci ne préjuge pas de l'influence d'autres facteurs.

DOBROLUBOW et Al. (58) ont comparé deux groupes soumis à un entraînement comportant pour l'un un haut niveau d'activité quotidienne et pour l'autre un niveau plus bas. Au début, le premier groupe avait une attitude plus favorable que le second envers l'entraînement ; pendant l'entraînement, les attitudes se sont améliorées significativement pour les deux groupes et à l'évaluation finale, il ne se trouvait aucune différence entre eux.

Les auteurs en concluent que *l'intensité du changement d'attitude ne dépend pas de celle des exercices physiques mais de l'attitude initiale des patients*.

1.3 - Les effets en phase III

C'est classiquement la phase du retour à l'activité professionnelle. Sur ce point, QUIRET et Al. (161), MAN et Al. (132), KELLERMANN et Al. (114) et BOZON (25) ont montré que l'entraînement permettait une reprise du travail plus fréquente et plus précoce ; aussi BROUSTET (27) peut-il écrire que, quant à ce but, "la cause est entendue".

Cependant, SAINT-PIERRE (169) note que si "l'entraînement physique donne de bons résultats, on peut se poser la question de leur maintien". Il considère le départ du centre comme un troisième sevrage qui succède à ceux de la sortie des Soins Intensifs et du Service de Cardiologie. *Aussi présente-t-il la phase III comme celle pendant laquelle le patient doit prendre lui-même la charge de l'entretien de sa condition physique.*

Comme nous le montrerons en troisième partie, cette prise en charge du patient par lui-même au niveau des exercices paraît représenter le véritable critère permettant de juger du changement à distance de la reprise du travail. Enfin, il semble d'autant moins suffisant de juger les effets de l'entraînement sur le seul critère de la rapidité de la reprise du travail que cette dernière peut s'inscrire dans une réaction défensive de surcompensation.

2 - LES ATTITUDES VIS-A-VIS DE LA PHASE II ET LEUR PRONOSTIC

EQUI (64), WHITEHOUSE (184, 185), HINOHARA (98), ASKANAS et Al. (4), MILLER et Al. (143), CULL et Al. (50) et SHKHVATSABAYA (177) ont décrit la complexité de la *motivation* à l'entraînement physique des coronariens ainsi que certaines des variables psychologiques qui la déterminent. Mais ces études sont

peu systématiques et ne considèrent pas la valeur pronostique des différentes formes de motivation. Sur ce point, les travaux suivants nous apportent des données intéressantes.

MOOR (145), étudiant la dynamique de la réadaptation des handicapés, juge que son pronostic est *meilleur* quand le sujet est modérément anxieux ou verbalise sa dépression. Il est *plus mauvais* quand se manifeste la négation (personnalités rigides) ou une dépression sévère. Il est *réserve* en cas de réaction de compensation (faire oublier le déficit pour éprouver que le groupe juge le sujet normal) ou de surcompensation (non plus désir de faire comme les autres mais de faire mieux qu'eux, en se faisant remarquer). Ces deux dernières attitudes peuvent aussi apparaître chez le simple convalescent, dans le style de ses activités (ISRAEL, 103).

Selon Mc MAHON (139), "lorsque le comportement du sujet correspond à la réponse "attendue", c'est-à-dire peur, anxiété, préoccupation de l'avenir, la réadaptation ne rencontrera pas d'obstacle sur le plan psychologique ; si au contraire ces attitudes attendues ne sont pas présentes, il pourra se développer une résistance à la réadaptation d'ordre psychologique sous forme d'infantilisme, de passivité, d'hostilité, etc..."

SELFAN (175) a démontré que, dans les cas pour lesquels la réadaptation échoue, c'est-à-dire pour des sujets physiquement aptes au travail mais refusant l'activité, on trouve des personnalités "passives et dépendantes", qui réagissent de façon extrême, soit en niant leur maladie, soit en exagérant les restrictions qui leur sont imposées. Les antécédents professionnels et des facteurs psychiques proprement dits conditionneraient le comportement des patients.

CAY et Al. (42) reconnaissent comme des modes d'ajustement laissant peu de chances de réussite à la réadaptation : la recherche d'une cause ou d'un responsable, l'hyperdépendance et la soumission excessive aux prescriptions médicales (comme indice de dépression et d'anxiété), la négation et la persévérance de la dépression. Certains modes seraient favorables : une dépendance relative, la rationalisation et l'identification aux malades qui ont réussi leur réadaptation. L'attitude des soignants et de la famille intervient également (prescription de sédatifs ou de tranquillisants, évaluation psychologique du patient, information sur le caractère normal des réactions émotionnelles...).

WRZESNIEWSKI (196) avec l'Attitude Toward Illness Scale, a identifié trois attitudes possibles des sujets envers leur maladie en situation d'entraînement physique :

- *L'attitude la plus favorable à la réadaptation* se caractérise par un bas niveau d'anxiété, l'absence de trouble de l'humeur et l'optimisme, une demande de soins modérée et un haut niveau d'acceptation du diagnostic et des recommandations.

- *L'attitude la moins favorable* peut prendre deux formes : la prédominance de l'anxiété (pessimisme, dépression, demande intense) ou l'absence d'acceptation du diagnostic et des recommandations (avec un optimisme démesuré et sans demande).

- *L'attitude ambivalente*, qui emprunte ses composantes à l'une et l'autre des deux précédentes.

Ces attitudes font intervenir des facteurs émotionnels, motivationnels et cognitifs. Rappelons qu'une étude statistique de cet auteur a montré qu'au

terme de l'entraînement, dans la moyenne d'un groupe de 160 hommes victimes d'infarctus, *l'attitude favorable a significativement augmenté et que les deux autres ont significativement diminué.*

3 - CONCLUSION

Par delà la diversité des échelles de comportement appliquées par les auteurs, les modifications qui ont été observées concourent à montrer que *c'est au niveau des attitudes envers la maladie que le programme trouve son efficacité psychologique.*

Pour juger de la réussite psychologique de la réadaptation physique, seule paraît importer l'attitude du malade en phase III, c'est-à-dire le type d'adaptation à la maladie caractérisant le patient et la réalité du changement de son comportement. A propos de l'attitude du malade vis-à-vis des exercices physiques, DENOLIN et Al. (55) constatent qu'en phase II "le patient, conditionné toujours par sa personnalité prémorbide, ses informations médicales et ses croyances, les premières réactions à la phase aiguë, reste toujours sous la dépendance de l'anxiété et de la dépression".

Cette conclusion nous impose d'étudier maintenant l'enchaînement psychodynamique organisant les réactions à l'infarctus.

• • •

Deuxième Partie

L ' INTERPRETATION DES REACTIONS DE DEPRESSION ET DE NEGATION

- CHAPITRE I -

L'INFARCTUS DU MYOCARDE COMME TRAUMATISME

Pour comprendre comment l'individu réagit à l'infarctus, il convient de commencer par définir la signification psychodynamique de ce dernier.

Le caractère traumatique de l'infarctus se reconnaît à l'angoisse et aux affects pénibles et durables qu'il déclenche. Ce traumatisme atteint un organe particulièrement investi et sa phase aiguë est marquée par une intense angoisse de mort. Le sentiment de l'abolition de la puissance et surtout celui de la menace qui pèse sur la continuité de la vie et par voie conséquence du Moi, sont les témoins d'une atteinte narcissique profonde, c'est-à-dire d'une blessure de ce qu'il est convenu d'appeler l'instinct de conservation. "*L'infarctus du myocarde, c'est l'infarctus de la vie*", dit un malade cité par CORONE et Al. (45). De la même manière que l'hospitalisation va amener le patient à désinvestir brutalement son environnement habituel, l'infarctus menace l'investissement de son Moi à travers l'atteinte qu'il fait subir à l'image qu'il a de lui-même et de sa valeur.

La psychanalyse donne du traumatisme la définition suivante : "Événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité, l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique" (LAPLANCHE et Al., 119). Dans la conception économique du traumatisme qui est celle de FREUD (71, 72), l'expérience traumatique se caractérise par un surcroît d'excitation qui dépasse la tolérance du sujet, c'est-à-dire ses capacités habituelles de liquidation ou d'élaboration psychique. Ainsi, l'événement tire son efficacité pathogène non seulement de sa violence et du caractère inopiné de sa survenue, mais aussi "*de son insertion dans une organisation psychique comportant déjà ses points de rupture bien particuliers*" (LAPLANCHE et Al., 119).

Aussi cette partie sera-t-elle consacrée tout d'abord à l'étude de la personnalité du coronarien puis à celle de la dépression et du déni, qui sont apparus comme les principaux témoins du travail d'élaboration psychique de l'expérience traumatique.

- CHAPITRE II -

LA PERSONNALITE DU CORONARIEN

Nous abordons cette question avec l'hypothèse suivante : *la personnalité du coronarien et particulièrement ses mécanismes de défense privilégiés peuvent rendre compte des attitudes réactionnelles, de leur évolution spontanée et de leur variation en situation d'entraînement physique.*

Deux remarques préliminaires s'imposent. La théorie de la spécificité de la personnalité du coronarien, introduite en 1943 par DUNBAR (62), fait encore aujourd'hui l'objet d'une controverse : BONAMI et Al. (19) et RIME et Al. (165) ont présenté un examen approfondi de cette question et concluent que les approches longitudinales, strictement indispensables pour fonder cette théorie, font encore aujourd'hui défaut.

D'autre part, FRANKIGNOUL et Al. (70) écrivent que "même s'il est possible de mettre en évidence des traits de personnalité caractéristiques des coronariens, il reste à savoir s'il s'agit de traits antérieurs à la maladie, jouant le rôle de facteurs prédisposants, ou s'il s'agit de caractéristiques secondaires, réactionnelles à l'accident cardiaque". Sur ce point, faute d'avoir recouru à une approche longitudinale, les travaux de MORDKOFF et Al. (146, 147) et IBRAHIM et Al. (100) n'apportent pas de réponse. Enfin, si LEOVITS et Al. (124) et SELVINI (176) écrivent que l'infarctus modifie de façon durable la personnalité, ils ne rendent compte ni du mécanisme ni de la forme de cette modification.

1 - LE PROFIL CARACTERIEL

C'est en 1936 que les frères MENNINGER (142) avancent pour la première fois la théorie selon laquelle un conflit central et spécifique caractériserait les coronariens. Leurs troubles seraient *"la conséquence de tendances fortement agressives qui ont été totalement réprimées"*. Ils soulignent l'importance de l'agressivité dirigée contre le père ; elle est profondément enfouie et son accès à la conscience est interdit.

En 1943, DUNBAR (62) introduit en médecine psychosomatique la notion de "profil caractériel" à propos de la personnalité du coronarien, comparée à celle des victimes de fracture. Sa description, condensée dans sa formule célèbre : "Force apparente et extrême fragilité des défenses", reconnaît chez le coronarien la tendance compulsive à parvenir par l'activité aux niveaux les plus élevés possibles de sa profession, un sentiment latent d'insécurité, dissimulé derrière une façade de calme, et une grande agressivité sous-jacente. Parmi d'autres traits, DUNBAR note également la tendance à négliger les symptômes.

ARLOW (2, 3) confirme en 1945 la recherche compulsive du succès décrite par DUNBAR et en propose l'explication suivante : une relation conflictuelle à l'image paternelle, parent à la fois craint et envié, entretient une compétition permanente avec les représentants de l'autorité. *N'ayant pu s'identifier avec le père, le coronarien craindrait à tout moment que sa faiblesse ne soit démasquée et il s'efforcerait au cours de son existence d'égaliser, voire de surpasser, l'image paternelle.* Plus récemment BAHNSON et Al. (5) ont repris cette hypothèse.

A partir d'une étude prospective menée auprès de sujets indemnes de coronaropathie au départ mais qui ont contracté une affection coronarienne dans le décours de l'enquête, FRIEDMAN et Al. (76) ont décrit en 1959 un comportement caractéristique qui leur paraît lié à cette maladie, qu'ils ont nommé "*overt pattern type A*". Il est marqué par la compétitivité, la recherche permanente de réussite sociale et professionnelle (au prix d'une hyperactivité) et une importante agressivité, en grande partie réprimée. Ce comportement s'oppose au "*pattern type B*", qui est exactement l'inverse. Ces notions ont connu une grande fortune dans la littérature (1).

Pour FRANKIGNOUL et Al. (70), toutes ces descriptions ont incontestablement un "air de famille" qui les rapproche de la *personnalité obsessionnelle*, notamment par l'importance de l'aspect compulsif. BERNET et Al. (13) ont constaté expérimentalement que le pattern A de comportement est lié à un caractère obsessionnel accusé. JOUVE et Al. (107, 108) ont cherché à préciser les rapports entre la personnalité obsessionnelle et la maladie coronarienne. Ils montrent que cette personnalité est plutôt caractéristique des sujets victimes d'infarctus que des angineux. Cette différenciation est confirmée par les études de VAN MASSENHOVE (184) et de DEFOURNY (52).

2 - LES MECANISMES DE DEFENSE

Les mécanismes de défense constituent les opérations par lesquelles le moi assure sa propre sécurité et se protège de l'angoisse. Ils ont une fonction adaptative. Ce sont eux qui donnent naissance, dans les personnalités non morbides, aux "*traits de caractère*".

PEAL (158) reconnaît chez le coronarien le mécanisme de la dénégation, de la répression ainsi que la défense contre-phobique de la transformation de la passivité en activité et de l'identification à l'agresseur. Pour KITS VAN HEIJNINGEN et Al. (116) le mécanisme le plus marquant est la *défense excessive contre la passivité au moyen d'une hyperactivité réactionnelle*. Cette hyperactivité de défense, en particulier sur le plan professionnel, est la seule voie par laquelle l'*agressivité* peut se décharger. Cette décharge emprunte la voie motrice chaque fois que la décharge verbale est impossible. Le risque d'infarctus augmente lorsque, la frustration augmentant, l'hyperactivité n'est plus possible parce que trop visiblement agressive et risquant de causer ainsi une perte d'amour.

(1) On trouvera dans la bibliographie de RIME et Al. (167) et de FRANKIGNOUL et Al. (70) un grand nombre de références sur le pattern A.

VAUTHIER (185) associe à ces défenses du Moi des mécanismes qui se rapprochent plutôt de ceux du psychotique : projection, introjection et sentiment de toute-puissance. Il insiste sur l'aspect *normal ou paranormal* des coronariens ; l'absence ou la pauvreté de leurs traits névrotiques oriente vers la névrose de caractère "qui rate". La relation d'objet de ces patients et leur pensée lui évoquent la "*pensée opératoire*" décrite par MARTY et Al. (135) pour opposer l'organisation psychosomatique aux organisations névrotiques et psychotiques : pauvreté des fantasmes et bonne adaptation à la technicité et à la réalité. Or c'est cette activité, parfois très féconde, qui est la plus valorisée dans notre société.

3 - CONCLUSION

L'ensemble des auteurs reconnaît chez le coronarien l'hyperactivité professionnelle et ses liens avec la recherche des responsabilités et de la domination sociale (1). VAN DIJL (183) donne à ces sujets le qualificatif de "*work addicts*". Comme nous le verrons par la suite, cet investissement du travail constitue à la fois un des prédicteurs de l'attitude consécutive à l'infarctus (réaction dépressive) et le moyen, pour de nombreux sujets, de mettre en place une réaction de défense (fuite en avant dans l'hyperactivité).

Les travaux psychanalytiques que nous avons cités nous amènent à reformuler cette conclusion à partir de la notion de narcissisme. Dans son article Pour introduire le narcissisme, FREUD (75) désigne par le narcissisme primaire la situation initiale dans laquelle l'enfant se prend lui-même comme objet d'amour, avant de choisir des objets extérieurs. Un tel état correspondrait à la croyance de l'enfant à la toute-puissance de ses pensées. Le narcissisme secondaire s'associe, dans l'évolution ultérieure, à des états régressifs dans lesquels la libido, retirée de ses investissements objectaux, reflue sur le Moi. Mais il peut aussi désigner une structure permanente du sujet, qui est complémentaire de l'investissement des objets.

Dans ce même texte de 1914, FREUD crée deux termes - dans l'emploi desquels il ne semble faire aucune distinction : celui d'*Idéal du Moi* (2) et celui de *Moi Idéal* (3). Ce sont deux formations narcissiques, que certains auteurs considèrent comme différentes. L'Idéal du Moi constitue un modèle auquel le

-
- (1) La revue des caractères plus précisément psycho-sociologiques de cette population trouverait ici sa place. Sur ce point, nous renvoyons aux publications de COUNTRY-DEGRE et Al. (47), HORAN et Al. (99), JENKINS (104), LIND et Al. (129) et RIME et Al. (164).
 - (2) Idéal du Moi : "instance de la personnalité résultant de la convergence du narcissisme (idéalisation du Moi) et des identifications aux parents, à leurs substituts et aux idéaux collectifs" (LAPLANCHE et Al., 119).
 - (3) Moi Idéal : "formation intrapsychique que certains auteurs, la différenciant de l'Idéal du Moi, définissent comme un idéal de toute-puissance narcissique forgé sur le modèle du narcissisme infantile. Le Moi Idéal sert de support à ce que LAGACHE a décrit sous le nom d'identification héroïque (identification à des personnages exceptionnels et prestigieux)". (LAPLANCHE et Al., 119).

sujet cherche à se conformer. Le sentiment d'estime de soi repose sur sa formation. L'interprétation qu'a proposée ARLOW du comportement du coronarien nous paraît mettre en cause les exigences de ces deux formations, héritières du narcissisme.

Nous pouvons faire l'hypothèse que ce comportement répond aux aspirations d'un Moi Idéal démesuré qui tente sans cesse de s'assurer de sa toute-puissance. L'individu chercherait ainsi à panser une blessure narcissique archaïque par un narcissisme secondaire avide, mais impuissant à colmater le manque narcissique fondamental. La survenue de l'infarctus risque d'apparaître comme la consécration de cet échec. Au chapitre suivant, nous allons tenter d'intégrer la dépression dans cette perspective structurale. Mais il convient dès maintenant de rappeler que la spécificité de la personnalité du coronarien n'est pas établie et qu'a fortiori cette hypothèse ne saurait s'appliquer à l'histoire et aux attitudes réactionnelles de chaque victime d'infarctus du myocarde.

• • •

- CHAPITRE III -

MISE EN PLACE DE LA DEPRESSION

1 - DEFINITION

Nous avons montré en première partie que dès la phase d'hospitalisation se développait, souvent de manière latente, un tableau dépressif qui devenait manifeste au retour au domicile.

NACHT et Al. (149) définissent la dépression comme un "état pathologique de souffrance psychique et de culpabilité consciente accompagné d'un abaissement marqué du sentiment de la valeur personnelle et d'une diminution non définitive de l'activité mentale, psychomotrice et même des fonctions organiques".

Tout en reconnaissant l'unité fondamentale des états dépressifs, ces auteurs distinguent le déprimé (malade en état de dépression) et le dépressif (sujet exposé ou prédisposé à la dépression) (1).

Selon les termes de la définition que nous avons donnée du traumatisme, la dépression consécutive à l'infarctus peut être interprétée comme la manifestation de l'atteinte narcissique profonde que représente l'infarctus (malade *déprimé*) ; mais on peut aussi faire l'hypothèse que cet accident révèle chez certains sujets le terrain d'une dépression narcissique latente (malade *dépressif*).

2 - LE CORONARIEN COMME "DEPRESSIF"

Le groupe des coronariens n'est pas homogène et l'on peut y distinguer les angineux et les victimes d'un infarctus inaugural. Pour RIME et Al. (166) les sujets ayant souffert d'angor avant leur infarctus se caractérisent par la tendance à la passivité, le sentiment d'être dépassé par les événements et un besoin moindre de reconnaissance sociale. DONGIER (60), GRAULICH et Al. (83) et BOTWINICK et Al. (22) ont établi que les angineux ont tous des *manifestations*

(1) Dans le cadre de cette définition, nous écartons le terme de "dépression anaclitique" que LUMINET (131) applique aux états dépressifs qu'il a observés en phase aiguë. Comme WINNICOTT (191) le rappelle, ce terme désigne un syndrome particulier qui se rencontre spécifiquement chez certains enfants.

dépressives et s'opposeraient en cela aux futures victimes d'infarctus, dont nous avons décrit le comportement caractéristique. Par contre, dans le cadre d'une étude rétrospective pour identifier les facteurs psychologiques déclenchant l'infarctus, BRUHN et Al. (31, 32) ont montré l'importance des *tendances* dépressives dans l'occurrence de cet accident.

Ceci nous autorise à faire l'hypothèse qu'un certain nombre de ces sujets seraient des dépressifs, c'est-à-dire des individus prédisposés à la dépression. Ils se distingueraient des angineux - qui présentent des manifestations dépressives - par la mise en oeuvre de défenses contre-dépressives plus efficaces.

Pour NACHT et Al. (149), les mécanismes de défense par lesquels le dépressif se défend de son hypersensibilité à la frustration sont le plus souvent la manie, l'inhibition, l'obsessionnalisation et les procédés de récupération affective orale (1).

Il semble bien qu'avant l'infarctus, c'est moins l'inhibition que l'hyperactivité, voire la défense maniaque, qui caractérisent le comportement de la plupart des sujets.

L'obsessionnalisation est une défense plus élaborée par laquelle l'individu tient l'objet à distance et s'assure ainsi sans cesse de ce que ses pulsions agressives ne l'ont pas atteint. Les rapprochements entre la personnalité du coronarien et celle de l'obsessionnel permettent de penser que cette défense fonctionne elle aussi.

Enfin, les procédés de récupération affective orale ont les caractères de l'addiction, c'est-à-dire le style toxicomane. L'objet du besoin peut être un vrai toxique, la nourriture, une personne... Le cardiaque ne lutterait-il pas contre la dépression menaçante par l'addiction forcenée au travail ? En effet, à côté du tabagisme et des excès alimentaires retrouvés par les études épidémiologiques, le travail constitue un mode de récupération affective qui a même le caractère masochiste de l'addiction (illustré par l'expression familière "Se tuer au travail").

3 - L'INFARCTUS COMME FACTEUR DECLENCHANT DE LA DEPRESSION

Pour NACHT et Al. (149), "le dépressif est un sujet qui se sent constamment menacé par l'irruption massive de son agressivité". L'enjeu de cette peur est la perte d'amour, situation dépressivante fondamentale.

KITS VAN HEIJNINGEN et Al. (116) ont montré que l'*hyperactivité du coronarien a pour fonction d'écarter les dangers que lui fait courir son agressivité.*

(1) BERGERET (12) a présenté sur ce sujet un rapport devant le XXXVIe Congrès des Psychanalystes de Langues Romanes. Nous ne pouvons reprendre ici la synthèse et les hypothèses qu'il propose, la date de publication de ce rapport coïncidant avec l'achèvement de notre travail.

Ainsi, chez le cardiaque "dépressif", l'infarctus a les caractères d'un facteur déclenchant de la dépression : il entraîne une modification du régime pulsionnel et défensif et un changement dans la relation du sujet à l'objet et à son image.

Sur le plan pulsionnel, la dépression est déterminée par la défusion instinctuelle : le sujet se trouve amputé de ce qu'il considérerait comme la meilleure partie de lui-même (sa force apparente) et livré sans recours à la puissance de son agressivité. Cette défusion des pulsions libidinales et agressives est marquée par la prévalence des secondes sur les premières. Les manifestations d'agressivité ou les sentiments de culpabilité se retrouvent pendant l'hospitalisation et surtout au domicile dans les relations avec l'entourage : agressivité de la famille envers le malade qui se considère comme invalide, recherche par le patient d'un responsable de sa maladie...

Pour ARLOW (2), le comportement compétitif du coronarien représente un effort pour surmonter l'échec de l'identification au père. Nous avons avancé l'hypothèse qu'il répond aux exigences d'un Idéal du Moi démesuré, cette instance s'étant développée pour pallier l'absence d'un véritable Surmoi personifié. *L'infarctus représente l'avortement de cette tentative de résolution du problème de l'identification.* C'est dans cet échec que se fonde le sentiment d'impuissance éprouvé par le malade. Pour LUMINET (130) *"ce n'est pas la crainte de la mort qui domine mais bien la rage de l'impuissance"*.

A côté des lignées névrotiques et psychotiques, BERGERET (11) a situé le groupe des Etats Limites, qu'il définit comme des "maladies du narcissisme" dans lesquelles les exigences de l'Idéal du Moi l'emportent sur celles d'un Surmoi incomplètement constitué. Leur angoisse est celle de la perte d'objet, c'est-à-dire de la dépression. La décompensation des sujets de ce groupe se ferait exclusivement sous le mode de la dépression. L'interprétation que nous avons proposée du caractère narcissique du comportement du coronarien et l'hypothèse que certains de ces patients sont des dépressifs pourraient trouver ici un prolongement. Nous nous réservons sur ce sujet.

4 - LES MODIFICATIONS DU REGIME DEFENSIF APRES L'INFARCTUS

Nous avons étudié les défenses contre-dépressives qui peuvent opérer chez les sujets identifiés comme "dépressifs" avant la maladie. Vont-elles se maintenir ou se modifier après l'infarctus ? La clinique nous apprend en effet que tous les malades ne manifestent pas avec la même intensité un tableau dépressif et même que certains ne semblent pas en présenter.

Une place originale revient à *l'inhibition*, c'est-à-dire le ralentissement ou l'immobilisation de la vie psychique et physique. Elle représente un contre-investissement défensif des visées agressives. FREUD (73) la définit comme "une limitation fonctionnelle du moi" qui le défend de l'angoisse. "Si le moi est appelé à se mettre à une tâche psychique d'une particulière difficulté comme, par exemple, celle de supporter un deuil, de refouler un affect très fort, de réprimer des imaginations sexuelles constamment renaissantes, le moi y puise l'énergie dont il dispose : il doit donc limiter sa consommation d'énergie psychique ailleurs, comme fait un spéculateur qui a immobilisé son argent dans ses entreprises". D'autre part, dans le contexte régressif que représente l'environnement hospitalier, la fonction auto-thérapeutique de la dépression est

d'étouffer la menace de perte du bon environnement. Ainsi l'inhibition, associée à la dépression, représente une défense et un mode de guérison spontané.

Quand ils ne peuvent pas supporter le sentiment dépressif et l'inhibition, d'autres malades adoptent le comportement de la défense maniaque *en recherchant dans l'hyperactivité la confirmation de leur toute-puissance*. Nous étudierons cette défense dans la troisième partie.

L'infarctus paraît compromettre l'efficacité de *l'obsessionnalisation* et des *procédés de récupération affective*. Ainsi, un malade interviewé en cours d'entraînement physique nous déclarait : "Ici, on est trop bien soignés. La nourriture est trop bonne et j'ai grossi depuis mon infarctus. Aussi, je me demande si je dois réduire mon travail ou réduire ma nourriture, car l'un va avec l'autre". Nous verrons en effet que les changements conseillés dans le mode de vie nécessitent le remaniement de ces deux défenses. BERSAY (14) a cependant montré qu'elles pouvaient être remises en oeuvre parfois précocément pour lutter contre la dépression.

A l'exception de l'inhibition, ces défenses font intervenir à un degré variable la négation. Nous allons maintenant étudier cette réaction, en insistant sur la pluralité des opérations qui peuvent être désignées par ce terme.

..

- CHAPITRE IV -

LA NEGATION

1 - DEFINITIONS

Pour les auteurs de langue anglaise, "*denial*" désigne à la fois un processus cognitif par lequel le patient refuse d'appréhender toute ou une partie de la réalité de sa maladie, et une opération défensive grâce à laquelle l'angoisse et la dépression seraient contrôlées ou liquidées.

Rappelons que la réaction de négation n'est pas le propre des victimes d'infarctus. Elle a aussi été décrite chez les cancéreux (LAXENAIRE et Al., 122) les sujets en dialyse chronique (BECKER et Al., 8), les tétraplégiques dans les suites immédiates de leur accident (GAUSSEL et Al., 80) et de manière plus générale chez l'ensemble des handicapés physiques (MOOR, 145).

MOOR emploie le terme de *déni*. En psychopathologie, il désigne un mécanisme de défense caractéristique du fétichisme et des psychoses. FREUD (74) a montré que le fétichiste, par le déni, refuse de reconnaître chez la femme l'absence de pénis. Il s'agit donc d'une défense du Moi portant sur la réalité extérieure (déni d'une perception) et qui se retrouve chez les psychotiques (1).

LAXENAIRE et Al. (122) et ISRAEL (103) utilisent le terme de *dénégation* pour signifier que "*le sujet constate et nie en même temps la réalité*".

LAPLANCHE et Al. (119) considèrent comme synonymes *négation* et *dénégation*. Ils en donnent la définition suivante : "procédé par lequel le sujet, tout en reformulant un de ses désirs, pensées, sentiments, jusqu'ici refoulé, continue à s'en défendre en niant qu'il lui appartient". La (dé)négation est un moyen de prendre conscience du refoulé (2).

(1) Alors que le névrosé refoule les exigences du Ça, le psychotique dénie la réalité.

(2) Il s'agit d'un phénomène familier aux psychanalystes, par lequel la prise de conscience du refoulé (par une interprétation fournie par l'analyste par exemple) s'accompagne d'une réaction bien traduite par ces mots : "Je n'ai pas pensé cela". Nous n'entrerons pas ici dans l'explication métapsychologique que propose FREUD de ce phénomène.

Aussi n'est-ce pas sans réserve que nous adoptons le terme de négation. Il s'agit en fait de désigner un refus, dont les formes variables s'inscrivent dans un continuum entre la reconnaissance de la maladie et son refus global.

2 - CIRCONSTANCES D'OBSERVATION

SIMON et Al. (178), MOSS et Al. (148) et HACKETT et Al. (92) ont montré que le refus pouvait se manifester *dès les premiers symptômes de la maladie*. Surpris par le retard avec lequel de nombreux patients appellent le médecin - alors que le risque est à ce moment-là le plus grand - ces auteurs ont découvert que les trois-quarts de l'attente revenaient au temps mis par le malade à se décider à consulter le médecin ou à alerter son entourage. Cette tendance à l'attente n'est liée ni à la classe sociale, ni au niveau d'éducation, mais à l'incapacité du sujet à reconnaître qu'il est mortellement malade.

BROWNE et Al. (29) et HACKETT et Al. (91) ont reconnu ce phénomène de négation pendant le séjour en Soins Intensifs dans les réactions à des éléments objectivement stressants tels que la présence du monitoring en continu, le fait d'assister à un arrêt cardiaque ou de survivre à son propre arrêt cardiaque.

JONES (105) et GEIGER (81) font de la négation l'attitude caractéristique du malade du 3ème jour environ de son hospitalisation.

Nous avons montré dans notre première partie comment elle pouvait aussi se retrouver pendant la convalescence et à la reprise du travail, où la réaction dépressive peut entrer en balancement avec l'attitude de refus.

3 - INTERPRETATIONS DE LA NEGATION

GEIGER (81) a montré que si les patients continuent, dans les premières 24 heures, à avoir des douleurs, leur angoisse se maintient, sans réaction de négation. Par contre, plus la symptomatologie s'estompe, plus la négation s'installe.

ROSEN et Al. (168) opposent l'adaptation des *cols bleus*, caractérisée par la négation, la confiance et l'absence d'anxiété, à celle des *cols blancs* qui seraient plus perturbés émotionnellement. Reprenant l'hypothèse d'un effet de la classe sociale sur la réaction à l'infarctus, HACKETT et Al. (93) n'ont pas retrouvé ce résultat. Ils reconnaissent que les *cols blancs* reçoivent plus d'informations de la part des soignants et les assimilent mieux. Quant aux *cols bleus*, ils sont significativement plus renseignés sur les dégâts subis que sur les possibilités de les réparer. Mais les auteurs ne retrouvent aucune liaison significative entre d'une part l'anxiété et le déni et d'autre part la classe sociale et le niveau d'éducation.

Pour GENTRY et Al. (82), OLIN et Al. (154) et CROOG et Al. (49), la négation est un mécanisme de contrôle de l'anxiété. MILLER et Al. (144) observent que les victimes d'infarctus tentent de contrôler leur anxiété par trois moyens :

par diverses formes de négation, en modifiant leurs rapports avec l'équipe ou en recourant à des tranquillisants ou des sédatifs. Chez la plupart des patients, ce contrôle s'effectue de manière souple et la négation ne dépasse pas les limites de la "distraction". Mais *certaines malades, à la personnalité particulièrement rigide et pauvre en affects n'ont d'autre possibilité que celle du déni complet de la maladie*. Cette réaction ne paraît pas aux auteurs réussir à contrôler l'anxiété ; elle tend en fait à aggraver cette dernière en créant un conflit entre le patient et l'équipe qui assure les soins.

4 - LA NEGATION COMME MECANISME DE DEFENSE

4.1 - La nécessité d'une différenciation

Face à l'infarctus et à ses conséquences, la négation serait ainsi une forme de réaction adaptative, qui respecterait certaines possibilités de reconnaissance de la maladie et aménagerait la remise en cause du sentiment de puissance et de l'estime de soi à la mesure des limites de tolérance du sentiment dépressif.

L'intensité de la négation varierait selon l'efficacité des autres mécanismes anti-dépressifs mais aussi avec la qualité régressive puis progressive de l'attitude de l'entourage médical, familial et professionnel, c'est-à-dire en quelque sorte selon la propre réponse à la maladie de ces derniers.

Enfin, cette mise en place ménage la possibilité de distinguer deux modes de négation :

- *La négation adaptative*, qui s'inscrirait dans une dynamique de complémentarité avec le sentiment dépressif et permettrait ainsi au sujet d'aménager son accession à une partie de la réalité de la maladie.

- *La négation-rejet*, se rapprochant du déni et de l'exclusion de la réalité, qui constituerait pour certains sujets le seul mécanisme anti-dépressif qui leur permette de survivre au traumatisme. Elle s'associerait à la reprise du comportement antérieur à l'infarctus, en particulier dans les attitudes de surcompensation. Il y aurait alors une relation d'exclusion et non plus de complémentarité entre dépression et négation.

Quel que soit son type, la négation paraît constituer pour le sujet un moyen de contrôler le sentiment de menace de mort et l'angoisse dépressive. Elle aurait ainsi une fonction *auto-thérapeutique*. Il est d'autant plus justifié de reconnaître cette qualité que certains auteurs (LEBOVITS et Al., 124 ; BRUHN et Al., 31, 32) ont fait de la dépression manifeste le prédicteur de la rapidité du décès par mort subite après l'infarctus (1).

(1) COUNTRY-DEGRE et Al. (46) reconnaissent pour leur part que tous leurs sujets décédés avant d'avoir pu reprendre le travail avaient une réaction régressive.

4.2 - Le point de vue structural

Nous avons insisté, au début de ce chapitre, sur l'incertitude dans laquelle nous demeurons devant l'usage que font les auteurs du terme de négation. Nous avons proposé de distinguer deux modes de négation parce que nous pensons que ce terme désigne parfois des mécanismes qui ne relèvent pas toujours de la (dé)négation telle que nous l'avons définie.

Les psychanalystes distinguent les mécanismes de défense des organisations névrotiques de ceux des organisations psychotiques. Le déni de la réalité (en tout ou partie) est le propre des structures psychotiques, alors que les organisations névrotiques mettent en jeu le refoulement, qui se définit comme un processus actif destiné à conserver hors de la conscience les représentations inacceptables. La (dé)négation est un mécanisme plus archaïque que le refoulement et qui supplée à la faiblesse de son action (1).

Nous ne pouvons pas faire ici la revue des autres mécanismes de défense du Moi. Mais nous pensons qu'il conviendrait de mieux différencier, au niveau individuel, l'opération défensive par laquelle le sujet se protège du traumatisme et de l'angoisse dépressive. Il est vraisemblable que pour réaliser cette opération, le moi doit mettre en oeuvre simultanément ou successivement *plusieurs défenses*. En effet, ses défenses habituelles peuvent être inefficaces face à l'intense angoisse de mort que déclenche parfois l'infarctus. L'inadaptation et le manque de souplesse de certaines organisations défensives peuvent expliquer le recours au déni proprement dit de la maladie, qui met alors en jeu un conflit avec la réalité.

∴

(1) Comme peut le faire l'inhibition dans la dépression.

- CHAPITRE V -

L'ADAPTATION A LA MALADIE

De manière générale, l'adaptation à un traumatisme physique ou à la maladie se joue, dès la phase initiale, dans la conjugaison de trois facteurs : *le traumatisme lui-même, le terrain individuel et la relation thérapeutique.*

La dynamique de l'adaptation à l'infarctus paraît s'organiser cliniquement entre les deux pôles de la dépression et de la négation. Ni l'une ni l'autre ne sont le propre de l'infarctus. Cependant, nous pouvons maintenant tenter de reconnaître l'originalité de ce traumatisme et du terrain individuel.

La gravité du traumatisme psychique que constitue l'infarctus tient à ce qu'il atteint un organe narcissiquement très investi et qu'il menace la continuité même du sujet. Le nier, c'est affirmer par l'acte même de cette négation l'importance du traumatisme.

En posant l'hypothèse que le coronarien serait un *dépressif*, nous avons montré que son comportement représenterait une réaction à la menace permanente et latente de la dépression narcissique.

L'infarctus crée une brèche dans ce système de défense. Certains malades y réagissent par l'actualisation de la dépression ; elle devient plus manifeste lorsqu'ils retrouvent leur entourage et leur activité professionnelle. D'autres tentent de remettre en jeu leurs anciennes défenses (obsessionnalisation, hyperactivité) et s'appuient sur la négation plus ou moins complète de la maladie pour restaurer leur sentiment de puissance. Nous avons cependant avancé l'hypothèse que la négation est un mécanisme qui peut se trouver complémentaire du mouvement dépressif et respecter dans certains cas la possibilité d'accéder à une partie tolérable de la réalité de la maladie.

En apparence, pendant la phase aiguë, l'adaptation n'est pas encore stable puisque l'anxiété se trouve réactivée chez tous les patients au moment de leur sortie de l'hôpital. La convalescence ne représente donc pas simplement la phase ultime de la maladie mais celle pendant laquelle vont se consolider les deux grandes formes d'adaptation que nous avons identifiées : l'acceptation de la réaction dépressive régressive, puis son dépassement à travers l'accomplissement d'un changement du mode de vie ; ou le refus de la maladie et de ses conséquences avec la persévération dans le comportement défensif établi antérieurement à l'infarctus.

Nous en venons ainsi à l'examen, dans la troisième partie, des attitudes que nous avons observées chez les patients entraînés pendant leur convalescence

et des *possibilités de changement* ouvertes par l'entraînement physique au niveau des réactions de dépression et de négation. De cette manière, nous tenterons de reconnaître l'originalité du troisième facteur de l'adaptation du patient à l'infarctus : la relation thérapeutique. Ce sera l'objet de notre quatrième partie.

· ·

Troisième Partie

LES ATTITUDES OBSERVEES PENDANT L'ENTRAINEMENT
ET LA POST - CONVALESCENCE

- CHAPITRE I -

LES ATTITUDES OBSERVEES EN PHASE II

Les conditions de notre approche clinique ont été exposées en introduction.

1 - REACTIONS OBSERVEES AU DEBUT DE L'ENTRAINEMENT

1.1 - La réaction dépressive

Associée à l'anxiété et au malaise devant l'inconnu (1), la dépression nous paraît incontestablement passer au premier plan à l'arrivée dans le Service. Rétrospectivement, les patients décrivent souvent leur réaction en ces termes :

"Je ne voulais pas venir à Henry-Gabrielle parce que je n'avais pas le moral et parce que je redoutais de rencontrer des handicapés physiques. Les 2 ou 3 premiers jours, je me sentais très seul, en particulier face aux anciens".

"Je suis arrivé totalement bloqué. Avec les handicapés physiques, j'avais presque honte d'être malade".

"Je me sentais diminué ; je me disais : je suis foutu, la page est tournée".

Notons dès maintenant que la découverte des handicapés physiques a, chez tous les malades, un retentissement au niveau de leur attitude à l'arrivée : *"J'ai eu du mal avec les handicapés. On ne m'avait pas averti de l'endroit où on venait... Ça choque ! Déjà qu'on avait eu un choc un mois avant !" La réaction dépressive est aussi nourrie par l'insertion problématique dans le groupe des cardiaques : "Je me sentais déphasé par rapport aux infarctus récents" nous déclare à son arrivée un patient qui venait de passer un an de convalescence chez lui et auquel l'entraînement a été indiqué tardivement.*

(1) Un malade, cliniquement non déprimé, nous a rapporté avoir eu deux crises d'angoisse depuis son infarctus : l'une trois jours après, l'autre la nuit qui suivit son arrivée dans le Service d'entraînement. Son attitude face à la maladie se présente comme l'affirmation de sa confiance en lui et il nous précise qu'il a volontairement dissimulé ces deux épisodes à son entourage.

La durée de cette phase varie habituellement dans les limites de 3 à 8 jours. La dépression et l'anxiété peuvent parfois persister jusqu'à 15 jours et, exceptionnellement, se maintenir ou s'accroître dans le mois. Il s'agit alors de malades qui quitteront le Service avec un état psychique particulièrement défavorable ; nous aurons l'occasion de revenir sur leur cas. Il convient enfin de noter que ces réactions peuvent se trouver réactivées pour les patients hospitalisés lors des départs en permission et au moment de la sortie.

Pour étudier statistiquement la dépression comme les attitudes qui en défendent le malade, il eût fallu appliquer des échelles de comportement ou des techniques projectives. En effet, la moitié des 40 malades interviewés en phase II associent la dépression à leur arrivée. Par contre, rétrospectivement, c'est la quasi-totalité des 31 sujets rencontrés à plus d'un an qui a déclaré spontanément avoir connu dans les deux premiers jours l'apparition ou l'aggravation d'un mouvement dépressif.

1.2 - Les autres attitudes rencontrées

- *L'hostilité ou la dépréciation* : elles s'appuient souvent sur la rencontre des handicapés physiques, vécue comme une promiscuité moins inutile que dangereuse. Il arrive que le patient en tire argument pour récuser l'efficacité de l'entraînement. Certains malades établissent aussi une comparaison défavorable entre les soins du Service de Cardiologie dont ils sortent et ceux que propose le nouveau Service : *"Ici, c'est moins sérieux qu'au Cardio. C'est tout juste si les infirmières savent prendre la tension. Au Cardio, il y avait toujours deux ou trois toubibs qui vous tripotaient partout..."*

Il faut ici remarquer que l'agressivité, comme l'irritabilité et l'hyperémotivité, peuvent constituer les indices d'un mouvement dépressif masqué.

- *Le manque de motivation ou le désintérêt* : rétrospectivement, un patient arrivé en fin de phase II déclare : *"Je ne comprenais pas le sens de la rééducation pour une maladie cardiaque. Oui, pour un amputé ou un mauvais fonctionnement, mais pas pour une maladie cardiaque. J'avais plus souvent entendu parler de maison de repos. Je ne faisais pas la distinction entre les deux. Je pensais que j'avais plus besoin d'une maison de repos. Je n'étais pas en état de faire la rééducation en arrivant ici. Je me posais une foule de questions... C'est un avis unanime : on perd notre temps ici".*

Pour situer l'attitude opposée, citons un malade qui déclare : *"Je suis venu spontanément en rééducation. Je ne voulais pas aller en maison de repos".* Il ajoute avec dérision : *"Les cardiaques en maison de repos !!!"*. Enfin, il est intéressant de rapporter ici le cas d'un patient qui n'a pas suivi d'entraînement et nous disait : *"J'ai refusé d'aller en rééducation parce que je ne voulais pas me trouver avec des handicapés, bien que des camarades m'aient dit beaucoup de bien de ce séjour. Je suis parti en maison de convalescence. Vous savez ce que c'est : ascenseur entre le rez-de-chaussée et la chambre... Je me suis dit : le coeur, c'est un muscle ; or un muscle qui ne fonctionne pas s'atrophie. Alors, je me suis fait mon propre programme, sans rien dire à personne. Je marchais une minute, puis deux, etc, en prenant mon pouls et en stoppant quand il dépassait 100".*

L'incompréhension ou le désintérêt peuvent se prolonger et s'articuler alors de manière évidente avec certaines attitudes de négation. Cependant,

lorsqu'il est transitoire, le désintérêt peut aussi correspondre à une "distraction" par rapport à l'entraînement, le patient se trouvant encore à cette phase absorbé par un travail intérieur d'élaboration du traumatisme. Nous examinerons plus loin quelles modifications sont introduites par l'entraînement physique dans le jeu des mécanismes de défense à l'oeuvre dans ce travail.

Nous concluons en remarquant que les deux attitudes dont il vient d'être question illustrent la nécessité de *préparer* le patient à l'entraînement physique autrement qu'en lui annonçant simplement qu'on préfère l'envoyer dans un Centre plutôt qu'en maison de repos. La motivation à l'entraînement dépend du contexte de la relation thérapeutique dans laquelle cette perspective est pour la première fois introduite. Ceci confirme l'importance de la *relation thérapeutique initiale*, qui intervient dans la dynamique individuelle de l'adaptation au traumatisme.

2 - L'EVOLUTION DES ATTITUDES AU COURS DE LA PHASE II

2.1 - Le sentiment de réparation

L'aménagement le plus fréquent des attitudes est caractérisé par le sentiment de l'amélioration physique et le retour de la confiance en soi et en son avenir.

Nous l'avons retrouvé à l'interview chez 34 de nos 41 sujets. L'un d'eux déclare : "A mon arrivée, j'étais déprimé. Je me disais : jamais tu ne reprendras ton travail. Je me sentais vraiment à zéro, même 15 jours après. Mon moral s'est amélioré quand ma forme physique s'est améliorée".

C'est sur ce sentiment que se fondent les appréciations subjectives positives dont fait état la littérature (cf. Première Partie, Chapitre II). *Il traduit à la fois un sentiment de réparation physique et de revalorisation narcissique (restauration de l'estime de soi).*

Le sentiment d'amélioration est renforcé par la confrontation avec les patients qui viennent d'arriver dans le Service d'entraînement. Il s'accompagne de commentaires sur la satisfaction éprouvée par le malade : le séjour apparaît à la plupart comme une *"reprise en main"* nécessaire ; la technicité médicale est appréciée autant que le sont les renseignements reçus de l'équipe sur l'état médical et les possibilités physiques. Parfois, le patient met à profit ces données pour étayer sa recherche des causes de sa maladie. Il arrive enfin que certains sujets reconnaissent moins l'intérêt des exercices que la facilité qui leur est donnée de mettre en route leur régime ou le sevrage du tabac.

Un cas particulier est représenté par les attitudes de surcompensation. Les patients en question regrettent qu'une différence ne soit pas faite plus nettement dans le programme en fonction des capacités de chaque malade. L'un d'eux déclare tout d'abord qu'on ne l'a pas laissé *"souffler"* à son arrivée ; puis il rapporte : *"Je trouvais que ça allait trop doucement ; avec un camarade, on se cachait pour faire des tours de parc plus vite que les autres"*. De tels sujets investissent le caractère compétitif que peuvent prendre les exercices et les conçoivent comme des défis qui leur sont lancés par l'équipe ou leurs compagnons.

Nous considérons cette évolution favorable comme un *"tronc commun"* dont l'analyse différentielle fera l'objet des chapitres suivants.

2.2 - La persistance de la dépression

Monsieur D. est un maçon de 42 ans, immigré d'Italie il y a 15 ans. Pendant les six jours qui ont suivi son infarctus, sur la foi de son médecin, il pensait avoir fait une "indigestion". Ce patient triplait son salaire par des heures supplémentaires essentiellement nocturnes et réussissait par ce moyen à élever ses 4 enfants, à construire sa maison, et à payer les traites de sa voiture. D'emblée, l'atteinte de ses possibilités physique apparut au malade comme catastrophique. Nous le rencontrons 15 jours après son arrivée. Pendant l'entretien, il est véritablement effondré. *"J'ai compris l'infarctus quand on m'a dit qu'il faudrait changer de métier"*. En larmes, il m'expose avec un certain ressentiment son problème de reclassement : *"On m'a fait des promesses, j'ai passé des tests... Et j'attends, alors que je n'ai pas touché un centime depuis deux mois. Voyez-vous, je n'ai plus confiance, je n'ai plus confiance en personne..."* Par la suite, Monsieur D. n'a pas participé de manière coopérante au programme et, dans le Service, son attitude sombre et revendicatrice a fait peser sur lui la menace de suspension de l'hospitalisation.

Monsieur M. a 55 ans. Chef de poste à la SNCF, il apprécie ses responsabilités ; pour des impératifs familiaux, il a repoussé d'un an la date de sa retraite. Après un infarctus inaugural en Janvier 1976, il a entrepris l'entraînement. *"J'ai fait une "difficulté" sous effort ; une crise sans gravité mais qui a suffi pour alerter les gens du Service. C'était ma première crise douloureuse depuis l'infarctus"*. En Avril, il subit une coronarographie puis reprend son travail pour être opéré en Décembre. Depuis son infarctus, et particulièrement à la suite de l'incident et de l'indication opératoire, Monsieur M. s'est senti anxieux et déprimé. Nous l'avons rencontré en Février 1977, alors qu'il accomplissait en ambulatoire le programme d'entraînement : *"Je pensais que l'amélioration morale irait de pair avec l'amélioration physique. Je n'en retire pas autant de satisfaction que je le pensais. Je n'ai pas une idée nette de l'avis de l'équipe. Ça devrait au contraire me rassurer de partir bientôt. Pourtant, mon moral est toujours bas, je me sens anxieux et je me demande si je vais pouvoir tenir le coup. J'ai peur de ne pas être à la hauteur. Mon épouse trouve que ça va très bien ; même pour le moral ; je serais plus ouvert, plus gai... Elle me voit de l'extérieur. Pour faire quelque chose, il faut que je me force... Je me demande pourquoi : tout va bien, je n'ai aucune raison d'être angoissé... Pourtant, je reste pessimiste"*.

Nous ajouterons que l'horizon de la retraite semble participer à cet état dépressif. Nous savons, par l'équipe, que Monsieur M. a mal supporté son passage en ambulatoire et que ses résultats ergométriques médiocres n'ont montré aucune amélioration notable de ses performances.

Nous n'avons rencontré un tel tableau dépressif que chez ces deux patients. Ce n'est pas ici le lieu d'une étude plus approfondie de ces deux cas.

2.3 - L'insatisfaction

Il s'agit de malades qui jugent que l'entraînement et l'équipe ont déçu leur attente.

Tel malade, âgé de 51 ans, est sur le point de sortir. Il reconnaît avoir été déprimé au début du séjour parce qu'il avait le sentiment de "ne pas pouvoir". Il se sent en meilleure forme et "depuis 15 jours, le moral suit... C'est impeccable". Il vient de faire le test d'effort et déclare : "On ne nous donne pas assez de détails. J'aurais préféré qu'on m'explique un peu plus. C'était pareil en Cardiologie : tantôt on me disait que ce n'était pas grave, tantôt que c'était assez sérieux et que je devrais aller en maison de rééducation. 4 ou 5 jours avant mon départ, on m'a dit que j'avais fait un infarctus assez étendu. Et ici, je n'ai jamais pu savoir non plus. Au vélo, on ne sait pas tellement ce qu'on fait, à part la fatigue. Les médecins, eux, ont un tas de données". Il poursuit en rapportant que ses résultats sont inférieurs aux autres et il ressent un malaise : "J'ai bien pédalé, sans fatigue... Mais il y a les signes électriques..." Il vient de téléphoner ce résultat à sa fille et à son patron.

Un autre malade nous décrit ainsi les exercices d'effort : "Ils discutent entre eux, ils marquent... Ils ne nous disent pas grand-chose (1).

Alors que nous interviewons un malade lors de son passage pour le test d'effort final de la phase II et qu'il vient de déclarer que l'entraînement lui a redonné confiance en lui sur le plan des efforts, il se lève brusquement en disant : "C'est tout ce que vous voulez savoir ? Parce que les médecins ne vous disent rien. Je n'ai jamais pu savoir si ma nécrose c'était ça (montrant son ongle) ou ça (montrant sa main). D'abord, nécrose, qu'est-ce que ça veut dire ? J'ai dû acheter des bouquins pour comprendre !

Enfin, le jour de son départ, un autre patient laisse éclater son ressentiment. Après 3 ans de douleurs angineuses puis un infarctus, il se trouvait en arrêt de travail depuis un an lorsque l'entraînement lui fut indiqué. Alors que son attitude est demeurée conformiste pendant toute son hospitalisation, il refuse de s'asseoir pendant l'entretien : allant et venant, en haussant la voix, il nous parle du préjudice financier de sa situation et accuse le médecin qui n'aurait pas reconnu à temps sa maladie coronarienne. Il n'évoque l'entraînement que pour nous dire qu'il se sentait "déphasé" par rapport aux infarctus récents avec lesquels il a suivi le programme.

2.4 - L'absence de prise de position manifeste face à l'entraînement

Le manque de motivation qu'il nous est arrivé de reconnaître en début d'entraînement peut parfois se prolonger et donner à l'observateur l'impression que le patient n'a pas compris vraiment le but de l'entraînement et que, dans la saisie rétrospective que nous lui demandons de réaliser, il est peu question d'un changement du régime des exercices physiques.

Monsieur A. est chauffeur de taxi. Son infarctus remonte à 5 semaines. "L'infarctus, c'est à la mode. Voyez, je n'y pense pas. C'est comme un accident de voiture. J'en ai déjà eu. Quand on reprend le volant, on appréhende un peu au début. Mais rapidement on n'y pense plus. J'ai des copains qui ont eu plusieurs

(1) L'opinion de la plupart des patients s'inscrit dans un sens diamétralement opposé.

infarctus. Tout le monde autour de moi me rassure. Le Professeur N. m'a affirmé que dans un an tout aurait disparu à l'électrocardiogramme". Il poursuit : "Ici, c'est moins sérieux qu'au Cardio. Ce sont des vacances". Ce malade a difficilement accepté de suivre le programme et a rapidement repris ses habitudes de consommateur de spiritueux et de tabac (1).

Monsieur C. a 44 ans et est routier. Son infarctus remonte à un mois et demi. La douleur qui l'annonçait a été prise par le malade et par un kinésithérapeute par un lumbago avant que, quelques jours plus tard, le médecin du travail ne fasse le diagnostic. Nous lui demandons comment le programme lui a été présenté : "C'est la Cheftaine du Cardio qui m'en a parlé. La veille de mon départ pour ici. Je me suis demandé : pourquoi une rééducation ? Encore, pour un gars qui s'est cassé la jambe... Mais pour moi ?
- Personne ne nous a expliqué auparavant de quoi il s'agissait ?
- Si quand même, de bouche à oreille. Entre collègues au Cardio, on en a parlé quelquefois". Monsieur C. a lu un ouvrage qui circule parmi les malades et traite de l'infarctus. Il n'y est pas question de l'entraînement mais des facteurs de risque. "Le manque de sport, la télévision, le tabac... Je ne fume plus. J'avais arrêté et puis quelqu'un m'a passé un paquet. J'ai un peu résisté et finalement je l'ai tout fumé. Maintenant, j'ai décidé de ne plus recommencer". "Pour moi, la rééducation a pour but la réinsertion sociale, par paliers plus ou moins longs. D'ailleurs, on devrait réduire la durée du séjour et aller plus vite pour nous que pour les opérés". Après un effort pour, semble-t-il, rationaliser la situation, il finit par ajouter qu'il trouve un résultat à son séjour sur le plan pondéral. En effet, il a commencé à perdre un peu de son embonpoint. C'est la reprise de son travail qui préoccupe le plus le patient. Il attend de l'équipe qu'elle lui confirme qu'il est "dans la bonne moyenne" et qu'il peut reprendre son ancien travail. Il termine ainsi : "Ce qui m'ennuie, c'est cette sciatique. Je n'ai plus de douleur au coeur, mais j'ai encore ma sciatique".

2.5 - Conclusion

Sur 41 patients, 34 paraissent ressentir, avec l'amélioration de leur adaptation à l'effort, le retour de leur confiance en eux-mêmes. Il ne faut pas négliger le quart restant, qui nous est apparu représenté essentiellement par des sujets dont l'image de la maladie n'a pas été mobilisée par l'entraînement. L'insatisfaction n'exclut pas la possibilité d'accéder au sentiment d'amélioration. Quant aux deux cas de dépression que nous avons cités, nous en avons fait ressortir le caractère exceptionnel. En effet, c'est bien vers un changement aux environs du 10ème ou du 15ème jour qu'évoluent l'anxiété et le mouvement dépressif observés à l'entrée. Rappelons cependant que l'anxiété peut réapparaître lors de la décision du passage en ambulatoire ou au terme du programme

Il est possible de dépasser ce mode d'approche en considérant l'attitude du malade au moment où s'achève la phase II. Schématiquement, nous identifions deux possibilités :

- Le patient est résolu à modifier son mode de vie. Il a lié amélioration physique et amélioration morale et est décidé à poursuivre, comme on le lui

(1) L'indifférence apparente envers les exercices cache ici sans doute une attitude de refus.

recommande, les exercices physiques à son domicile. Cette attitude peut s'appuyer sur la perception d'une limitation physique (et parfois sur le sentiment d'irréversibilité) ou sur la recherche d'une surcompensation dans les performances (qui peut représenter une forme du sentiment de réversibilité).

- *Le patient considère ce changement comme accessoire.* Soit parce qu'il a vécu l'entraînement comme une simple convalescence sportive ; soit, plus souvent, parce que c'est la question de son aptitude à reprendre son ancien travail qui constitue sa préoccupation majeure. L'entraînement n'est alors qu'un moyen pour récupérer cette capacité. On peut se demander si la principale difficulté de ces sujets n'est pas d'affronter la problématique de leur changement. A la différence du groupe précédent, il s'agirait moins pour eux de ne pas changer que de ne pas pouvoir prendre position devant cette question, c'est-à-dire en définitive devant la maladie. Ce sont ces patients qui sont le plus souvent insatisfaits et se posent au moment de sortir la question de leur état cardiaque et fonctionnel avec le plus d'acuité.

..

— CHAPITRE II —

LES ATTITUDES EN PHASE III

I - GENERALITES

Nous avons rencontré 31 sujets après la reprise de leurs activités lors de leur passage dans le Service pour le test d'effort à un an (test III).

Remarquons tout d'abord que si certains patients paraissent indifférents ou insatisfaits dans le cours de la phase II, tous ceux que nous avons observés à l'occasion de cette évaluation ont répondu avec empressement à l'invitation du Service. Il est arrivé que certains sujets fassent les commentaires suivants : "Je croyais qu'ils m'avaient oublié" ou "Il y a deux ans que j'attendais cette lettre" (1).

Un tiers seulement des patients se déclare plus détendu de manière habituelle qu'avant leur infarctus, alors que la majorité se reconnaît changée dans le sens d'une émotivité et d'une irritabilité plus grandes. Ces derniers se plaignent aussi parfois d'anxiété et de troubles du sommeil.

Nous avons été frappé de constater combien le souvenir des circonstances précises qui accompagnèrent l'infarctus demeure vif dans la mémoire de tous les sujets. C'est souvent spontanément qu'ils les rapportent. L'un deux, dont l'infarctus remonte à plus de 18 mois, manifeste de l'angoisse pendant son récit, bégaye, sue intensément et finalement éclate en sanglots.

Enfin, en contradiction avec parfois l'affirmation verbale de leur décontraction, nous avons toujours reconnu chez les patients de l'anxiété devant le test et dans l'attente des commentaires de l'équipe.

(1) A cette occasion, SAINT-PIERRE et Al. (170) ont chiffré ainsi l'appréciation subjective de l'entraînement physique de 136 sujets - dont certains font partie de notre propre population d'étude : 112 ont une réponse favorable, 1 une réponse défavorable et 24 une réponse inappréciable (du fait d'une confusion avec l'appréciation du traitement médicamenteux).

2 - LA POURSUITE AUTONOME DES ACTIVITES PHYSIQUES

Il s'agit de l'activité physique que le patient doit maintenir, selon sa propre initiative, pour conserver après sa convalescence les bénéfices acquis pendant son entraînement.

Sur cette question, nous disposons des données de SANNE et Al. (171), qui constatent que sur 100 patients, 60 s'entraînent encore après 3 mois et 50 après 6 mois. Dans l'observation de BOZON (25) peu de sujets se sont soumis à un entraînement physique régulier : "Pour certains, l'entraînement physique a été nul, pour d'autres réduit à la marche, au jardinage ou à la pétanque".

Dans une étude récente portant sur 61 victimes d'infarctus qui ont suivi le programme d'entraînement plus d'un an auparavant, SAINT-PIERRE et Al. (170) constatent que 49 sujets ont une "activité physique" (1) et que 24 pratiquent un ou plusieurs sports. Cependant, il convient pour nous de remarquer que ces appréciations ont été soumises aux déclarations des sujets eux-mêmes, lesquelles ne se sont pas trouvées toujours objectives (2). Enfin, il serait nécessaire, pour apprécier l'effet de changement qui peut revenir à l'entraînement en phase II, de reconnaître les activités physiques antérieures à l'infarctus. Ainsi, il est vraisemblable qu'une partie des 24 sujets qui pratiquent un sport en phase III le pratiquaient déjà avant la maladie.

Parmi les 31 sujets que nous avons rencontrés plus d'un an après la phase II, 10 seulement déclarent avoir introduit les exercices physiques dans leur emploi du temps et les poursuivre de manière quotidienne ou hebdomadaire. Les propos à bâtons rompus que ces sujets ont été amenés à nous tenir s'opposaient à la formule du questionnaire, appliquée par l'équipe, et ils nous ont conduit à être plus strict qu'elle dans notre appréciation des exercices réellement pratiqués. D'autre part, la pratique d'un sport antérieurement à l'infarctus est certaine pour 2 au moins des patients concernés. Nous restons donc réservé quant à cette estimation et nous reconnaissons la nécessité de revoir la définition de cette variable.

Les activités physiques en phase III sont habituellement représentées par la marche, la gymnastique et la pratique d'un sport qui est le plus souvent la bicyclette. C'est fréquemment en appliquant eux-mêmes une surveillance qui n'est pas sans rappeler celle des soignants que ces sujets programment leurs exercices (mesure des distances, de la durée, prise du pouls...). Parmi ces 10 patients, nous en avons reconnu 2 dont les efforts physiques (haute-montagne par exemple) étaient médicalement excessifs. Ces deux cas évoquent la surcompensation.

(1) Les auteurs désignent par là le fait d'avoir une activité physique d'une durée et d'une difficulté minimales - en dehors, théoriquement, de l'activité professionnelle.

(2) Il est arrivé à plusieurs reprises que devant les mauvais résultats du test l'équipe s'étonne et doute que le patient pratique réellement les activités physiques qu'il prétend.

Quant à la majorité des sujets, ils reconnaissent ne pas pratiquer d'exercices. Ils donnent à celà diverses raisons :

- *Le manque de temps* : "Ce n'est pas à 4 heures du matin que je vais les faire. Mais l'été, peut-être..."

- *La famille* : "Je ne fais pas de vélo parce que les enfants font autre chose et parce que ma femme n'aime pas ça. Je préfère me détendre en voiture".

- Plus généralement, les malades déclarent que ce sont leurs *activités professionnelles* qui ne leur permettent pas de trouver le temps de faire les exercices. Mais alors, souvent, ils nous expliquent qu'elles leur donnent avantageusement l'occasion de faire quotidiennement des efforts : *"Je travaille tous les jours debout. On fait au moins 10 km par jour. Ce n'est pas un travail de rond de cuir". "Je marche tous les matins, en allant au travail. Ça fait bien 8 km par jour". "Je marche sans arrêt dans l'usine car mon travail m'oblige à aller d'un bâtiment à l'autre toute la journée"...* C'est ainsi que la plupart des sujets répondent lorsqu'on leur demande quels exercices ils font encore. L'assimilation de l'effort à la fatigue caractérise leur réponse : *"Je distingue ce qui fatigue et ce qui ne fatigue pas. Faire 800 km dans une journée, comme ça m'arrive encore, ça fatigue. Mais quand je rentre du travail en voiture, je me détends. Pour moi, la détente est au moins aussi importante que l'exercice. Notez que je fais aussi des exercices : pendant les installations, sur les chantiers, je dois sans arrêt grimper sur les échafaudages..."*

Certains reconnaissent l'impossibilité qui est la leur de faire des exercices sans une surveillance. Un malade, après 4 semaines d'hospitalisation dans le Service, a demandé à revenir en ambulatoire pendant 4 autres semaines. *"Je me rendais compte que la gymnastique, chez moi, c'était terminé du jour au lendemain. D'ailleurs, ça s'est vérifié : je voulais reprendre le ski et je n'ai rien fait depuis deux ans"*. Un autre sujet, qui se dit *"pris par le travail"* pour expliquer qu'il n'a pas d'activité physique, ajoute *"S'il n'y a pas quelqu'un qui vous guide, on ne fait pas grand-chose"*.

Nous terminerons par deux remarques à propos de ces sujets qui, rappelons-le, représentent la majorité. Ils font souvent des exercices *"une affaire de volonté"*. Nous pouvons alors penser que leur abandon spontané témoigne de ce que leur nécessité n'est pas ressentie. D'autre part, nous avons été très frappé par la capacité de ces patients de supporter la *dissonance cognitive*. Rappelons que FESTINGER (65) désigne par cette expression un déséquilibre (*"inconsistance"*) au sein des éléments cognitifs. Un malade, qui n'a fait des exercices que pendant les deux mois qui ont suivi l'entraînement, évite cependant les gros travaux. Il s'exprime au sujet des efforts avec beaucoup de *"il faut... il ne faut pas..."* et nous déclare à propos de la gymnastique : *"Je sais que ça fait du bien, mais je n'en fais pas"*. Pareillement, nombreux sont les sujets qui ont acheté une bicyclette au lendemain de leur sortie mais précisent qu'ils n'en ont presque jamais fait. Le cas suivant illustre bien ces deux remarques.

Monsieur P. a 56 ans. Son infarctus remonte aujourd'hui à 2 ans. Il a repris son travail à mi-temps puis, rapidement, a retrouvé le niveau d'activité qu'il avait auparavant. Cependant il se sent *"diminué"* et plus vulnérable à la fatigue. *"Les premiers temps, j'ai fait de la marche. Mais c'est une question de temps. Je ne marche plus du tout"*. Laissons-le poursuivre : *"Je suis venu spontanément à Henry-Gabrielle. Je ne voulais pas aller en maison de repos. Ça m'a fourni un support moral. Au Cardio, c'était aseptisé, trop technique. Ici, j'ai trouvé le moral et la technique. Je me sens plus sécurisé a posteriori. Je ne*

peux pas appliquer le régime physique tout seul. D'ailleurs je suis venu deux fois ici depuis, spontanément. Le problème, pour moi, c'est la dépense physique. Je vais exercer ma volonté dans ce domaine. Ça marchera puisque j'ai réussi sur le plan caractère. Et puis, je ne bois pas d'alcool et je ne fume plus. J'ai acheté un vélo. On n'achète pas un vélo sans raison". En fin d'entretien, le sujet dira : "Ce qui est regrettable, c'est que je ne fasse pas de vélo. Mes triglycérides ont augmenté. C'est sûrement parce que je rebois du vin. Et je fume de temps en temps un petit cigare". Devant les résultats du test, il fait enfin ce commentaire : "Aujourd'hui c'est un échec. Mais ça ne m'affecte pas outre mesure : j'ai un autre rendez-vous pour Mardi prochain, pour la consommation d'oxygène".

Pour FESTINGER, la présence d'une dissonance dans le système cognitif est une situation psychologiquement inconfortable. La tolérance individuelle vis-à-vis de la dissonance varie. Mais même s'il faut reconnaître que certains individus la possèdent à un plus haut niveau que d'autres, il est permis de se demander si de telles situations ne rendent pas compte d'une partie des perturbations psychologiques qui marquent pour tous les auteurs la convalescence de l'infarctus du myocarde. S'entraîner pourrait être un moyen de réduire la dissonance cognitive autrement qu'en niant la maladie.

3 - LES TYPES ADAPTATIFS EN PHASE III

En abandonnant le seul critère de la pratique d'exercices autonomes, nous nous sommes demandé comment situer les malades sur le plan plus général de l'adaptation à la maladie à plus d'un an de la phase II.

- L'acceptation des conséquences de la maladie

C'est dans leur position vis-à-vis des restrictions imposées par la maladie que ces sujets paraissent le mieux se différencier.

Monsieur B. a 53 ans. Son entraînement remonte à deux ans. Il ne fume plus, le régime qu'il suit toujours lui a fait perdre plus de 10 kg et depuis deux ans il pratique quotidiennement un programme d'exercices comprenant la culture physique, la marche et la bicyclette. Il a considérablement modifié son emploi du temps de PDG. "J'ai changé. Avant, je me concentrais, je prenais sur moi. Maintenant, je m'exprime plus facilement, j'éclate et ça passe. J'ai l'impression que c'est meilleur pour moi. Mais je me demande si c'est meilleur pour mon entourage !". Notons qu'il ne pratiquait auparavant aucune activité physique et qu'il déclare avoir commencé, de retour chez lui, par surveiller ses exercices en prenant son pouls "comme on me l'avait enseigné ici".

Un autre patient a lui aussi introduit les exercices dans sa vie quotidienne depuis la phase II. Il a dû surmonter, de retour chez lui, une brève période marquée par des symptômes que son médecin aurait reconnus pour un "faux angor". Ils ont cessé quand le médecin l'a rassuré. "Cinq semaines dans une piaule - dit-il à propos du Service - ça permet de faire le point. Le cap de l'événement est passé. Au travail, je suis devenu philosophe. Je perçois tout de manière différente. Avant, un rien m'agaçait. Aujourd'hui, je néglige volontiers les détails. J'ai confié la comptabilité de la maison à mon épouse. Je n'ai pas refilé le travail à ma femme... J'ai simplement partagé les responsabilités".

Monsieur M. a 51 ans. Il est employé. *"Je suis parti d'un principe : ce n'est pas possible qu'un infarctus m'arrive à moi. Si encore je fumais 2 paquets par jour, toujours au bistrot... Mais je fumais 10 à 13 cigarettes par jour et je ne suis pas un pilier de bistrot"*. Très déprimé à son arrivé, le sujet s'est vite senti *"plus en sécurité"*. Il a préféré reprendre d'emblée son travail à plein temps : *"Sinon, j'aurais mal travaillé. J'aurais dit sans arrêt : tu as mal ici, tu as mal là... J'aurais été malade"*. Monsieur M. laisse deviner un certain masochisme lorsqu'il dit *"plus de dîners, plus de tabac"*. Il poursuit l'entraînement sur bicyclette. Nous pouvons supposer que chez ce sujet le changement est passé par une négation - qui se réalise peut-être encore à un certain niveau.

Parfois, c'est plutôt sur le mode de la résignation que le patient reconnaît le changement : *"Pour nous, il ne faut pas courir, monter les côtes, etc... Je n'ai pas même le courage : je ne fais pas de gros travaux ; quand il faut soulever quelque chose de lourd, on m'a dit d'appeler quelqu'un"*. Les conséquences professionnelles de l'infarctus se manifestent sous ce mode : *"Avant je pensais beaucoup à ma promotion. J'étais bon travailleur. On a toujours été content de moi. Il faut se résigner maintenant"*.

Bien entendu, il ne s'agit pas pour nous de considérer les cas précédents comme représentatifs d'une même forme d'adaptation, mais de les opposer à une autre série de malades : ceux pour lesquels l'adaptation s'est faite sous le mode de l'illusion de la réversibilité.

- L'illusion de réversibilité complète

Monsieur F. a 56 ans. Il a repris son poste d'ouvrier et fait même désormais d'autres travaux (maçonnerie) après la fin de sa journée. Il a cessé de fumer mais a repris du poids. *"J'ai fait quelques séances de kinésithérapie chez moi, et puis rien d'autre. J'ai acheté un vélo tout neuf, mais je n'en fais pas"*. Dans le Service, il se sentait *"enfermé dans une prison, comme un fauve dans une cage"*. Physiquement, c'est comme si je n'avais rien fait. Le passé est oublié, c'est comme si je n'avais pas fait d'infarctus. Mais le temps me durait qu'on fasse un examen sur moi. Parce que je me sens bien... Pour savoir si ça correspond vraiment ou s'il y a quelque chose qui...". Il s'arrête là.

Monsieur G. a 56 ans. Après deux infarctus, il a été ponté puis entraîné. Il a repris son travail de cadre immédiatement après et à plein temps, parce que *"ça avait déjà trop duré"*. Il refuse de s'identifier aux autres cardiaques : c'est lui qui organise les rencontres du groupe avec lequel il se trouvait dans le Service. Mais c'est semble-t-il pour constater chaque fois qu'il peut se permettre plus d'efforts que les autres. Devant le questionnaire qui est proposé à chaque patient lors du test en phase III, il s'exclame à la question sur la pente des côtes qui sont gravies : *"Pente ? Que voulez-vous que je marque ? Il s'agit de murs"*. En effet, Monsieur G. fait de la haute-montagne. *"Le Docteur dit que j'exagère..."*. Il nous fait le récit d'une ascension qui le remplit de fierté. *"J'ai commencé à grimper, puis je me suis retrouvé dans les rochers et enfin devant une muraille. Heureusement, il me restait des piquets et des cordes. J'ai escaladé 2400 m et je me suis retrouvé au sommet. J'étais heureux ! J'étais fier de moi ! Oh ! Comme j'étais heureux ! Mon épouse était avec moi. Elle avait peur. Heureusement, j'étais là pour la rassurer. Ce n'est qu'après que j'ai compris. Elle m'a dit : Qu'est-ce qui se serait passé si tu étais resté là-haut ? Ma femme est bien, elle n'est pas comme la majorité qui chouchoute leur mari"*.

Il réagit ainsi après le test : *"J'ai cru qu'on allait me donner le feu vert. Ce n'est pas comme si j'étais resté sans rien faire. Je ne comprends pas que j'aie des interdictions avec mon moral et ma forme physique. Je ne sais pas si je vais continuer, si le but c'est la promenade de papa et maman"*. Il termine ainsi l'entretien : *"Il faut que je me mette dans la tête que j'ai 56 ans. Dans la montagne, au sommet, on ne rencontre que des jeunes..."*.

Le présent du malade à cette phase se définit selon un double horizon d'antériorité (l'infarctus et la phase II) et d'avenir. C'est selon l'antagonisme réversibilité - irréversibilité que la plupart des sujets se situent par rapport à la phase III. L'attitude des autres paraît plutôt relever d'une prise de position vis-à-vis d'un autre couple d'antagonisme : celui de la certitude et de l'incertitude.

- L'oscillation entre la certitude et l'incertitude

Monsieur P. a 52 ans. Son infarctus et son entraînement remontent à trois ans. Il a toujours conservé, pendant ses hospitalisations, *"un moral excellent"*. Il a repris le même travail qu'auparavant. *"C'est moi qui ai demandé de reprendre à plein-temps. A mi-temps, on a toujours l'impression d'être plus malade qu'on est"*. Il a cessé de fumer mais ne fait pas d'exercice. *"Aujourd'hui, je ne monte pas les escaliers 4 à 4 en courant, mais presque..."*. Au sujet de l'entraînement, il déclare : *"Ça ne doit pas faire de mal"*. Et il ajoute : *"Quand vous faites du rab, vous avez toujours le moral"*.

Comme nous l'avons vu au précédent chapitre, l'incertitude peut qualifier l'attitude de certains malades qui en phase II sont soit insatisfaits, soit sans position vis-à-vis de l'entraînement. Elle peut demeurer par la suite ou devenir plus active dans la problématique du sujet. Mr M. a 50 ans. Son infarctus a été suivi de 3 semaines d'hospitalisation avec alitement permanent puis d'un mois à domicile avec interdiction de descendre les escaliers. Il arrive dans le Service 3 mois après l'infarctus ; devant l'apparition de précordialgies et d'extra-systoles, il est envoyé en Cardiologie et il pense y être opéré. En définitive, il sera simplement renvoyé chez lui. Il se sent frustré et traverse une longue période de dépression. Aujourd'hui, il a changé de poste et est devenu administratif. Il a recommencé à fumer, a pris du poids et reconnaît qu'il manque d'activité physique. En voiture, il se sent mal à l'aise comme passager et se trouve plus détendu s'il conduit lui-même, malgré les conseils de son médecin. Il se sent *"plus excité qu'avant"* et a de la difficulté à renoncer à certaines de ses activités antérieures. Il déclare : *"De deux choses l'une : ou je me sens en pleine forme, avec une échéance que j'accepte ; ou je végète. Je préfère me sentir en pleine santé"*.

Monsieur M. a 54 ans. Il a cessé de fumer, a changé de poste - mais précise que c'est sans rapport avec sa maladie - et ne pratique pas d'entraînement chez lui. *"Je l'oublie totalement. D'ailleurs, je me demande si cet accident est aussi grave que ce que l'on dit de lui. Je monte à nouveau les escaliers deux par deux. Si je ne me fais pas de souci, c'est mon tempérament. Je suis en sur-sis... C'est du rab. J'aurais dû cesser de vivre le 15 Mai 1976"*.

4 - CONCLUSION

Pour explorer l'attitude des patients en phase III autrement qu'en opposant ceux qui ont une activité physique à ceux qui ne l'ont pas poursuivie, nous avons proposé de les situer entre les deux pôles d'un couple au sein duquel règne une tension : le couple réversibilité - irréversibilité. C'est peut-être à leur propre situation à l'intérieur de ce couple que s'applique chez certains patients avec une particulière intensité la problématique du couple certitude - incertitude. Ce dernier cas doit être rapproché de celui de l'absence de prise de position face aux exercices, reconnu parfois en phase II, et pourrait constituer son prolongement. A cet égard, le sentiment de "*vivre en sursis*" paraît significatif de l'*inertie* de la situation du sujet et, pourrait-on même écrire, de son avenir. Il s'associe à l'évitement de la tension du couple réversibilité - irréversibilité, c'est-à-dire du conflit qui peut s'y trouver entretenu et qui met en cause la continuité de soi. Un facteur d'immobilisme bloque alors la dynamique de l'adaptation à la maladie.

Il n'est pas plus question pour nous de considérer que les patients dont la position s'approche de l'une ou l'autre des coordonnées précédentes ont une attitude homogène, qu'il ne l'a été plus haut à propos de la manière dont les activités sont ou non poursuivies et s'insèrent dans leur vie. Nous notons cependant que ces attitudes mettent en jeu la dynamique de l'image qu'a le sujet de sa maladie et de son corps. C'est selon ces termes qu'il faut aborder la question de la prise en charge de l'entraînement par le sujet lui-même.

L'efficacité de l'entraînement en phase II s'appuie sur cette dynamique. Quelle peut-elle être et par quels moyens s'exerce-t-elle ? C'est à ces questions que nous allons maintenant essayer de répondre.

· · ·

Quatrième Partie

LA RELATION THERAPEUTIQUE AU COURS DE L'ENTRAINEMENT PHYSIQUE ET SON ACTION PSYCHODYNAMIQUE

- CHAPITRE I -

PLACE DES EXERCICES ERGOMETRIQUES DANS LA RELATION THERAPEUTIQUE

1 - GENERALITES

Avec la marche et la gymnastique, ces exercices représentent les techniques caractéristiques de l'entraînement. Ils se réalisent sur tapis roulant ou, comme ce fut le cas pour notre observation, sur un cyclo-ergomètre.

Les exercices ergométriques permettent l'étude permanente de l'électrocardiogramme. Les épreuves d'effort proprement dites peuvent avoir un but diagnostique. En phase II, elles sont utilisées plutôt pour juger de manière objective des possibilités et des effets de l'entraînement physique. Certaines épreuves dynamiques constituent par ailleurs le mode d'entraînement habituel des coronariens. Nous les désignons du terme d'exercices ergométriques afin de les distinguer des épreuves ou des tests proprement dits.

Le programme des épreuves se répartit ainsi (BROUSTET, 26 ; SAINT-PIERRE, 169 ; BOZON, 25), en s'adaptant aux cas individuels :

- A l'arrivée est réalisée une épreuve triangulaire (*test I*) pour évaluer les capacités physiques du sujet et choisir la charge ultérieurement destinée à croître. Il ne s'agit pas nécessairement d'une épreuve submaximale.
- 2 à 3 fois par semaine sont ensuite programmées des séances d'entraînement avec augmentation de la charge en Watts dans la mesure de la tolérance musculaire et cardiaque du sujet. L'entraînement peut être "à intervalles" ou "rectangulaire".
- Un test d'effort triangulaire (*test II*) avec consommation d'oxygène est réalisé en fin d'entraînement pour apprécier l'amélioration de l'aptitude physique.
- Ce test est répété à un an environ (*test III*) pour juger si le patient améliore ou perd la condition physique acquise en phase II.

2 - LA PLACE PREPONDERANTE DES EXERCICES DANS LE PROGRAMME

Aux yeux de la plupart des malades, ce sont les exercices ergométriques qui constituent l'originalité de l'entraînement. "L'intérêt, ici, c'est qu'avec les mesures, les médecins et les kinésithérapeutes connaissent nos limites et nous surveillent". "La réadaptation permet de connaître les efforts qui seront désormais permis et ceux qui seront interdits".

Inversement, note-t-on, la marche est banalisée ; le malade imagine volontiers qu'il aurait été capable d'en trouver l'initiative lui-même au cours de sa convalescence. Quant aux mouvements de gymnastique, la possibilité de les accomplir à domicile et leur apparente simplicité les distinguent également du cyclo-ergomètre. Certains malades les associent avec les séances de gymnastique scolaire et cet anachronisme leur confère un aspect désuet et parfois puéril.

Quant aux malades qui paraissent être restés indifférents aux évaluations ergométriques, ce sont ceux-là qui nous ont parfois déclaré : *"Ici, grâce à la gymnastique, on nous apprend à mieux respirer"*. Certes, la gymnastique respiratoire est un élément important du programme et participe à son effet sur l'image du corps. Mais c'est le seul élément sur lequel ces sujets font porter leur appréciation de l'originalité et des bénéfices de leur passage dans le Service.

3 - LA MISE A L'EPREUVE DE LA VALEUR DU MALADE

Le passage sur cyclo-ergomètre est vécu par le patient comme une mise à l'épreuve de sa valeur. L'établissement de la capacité physique résiduelle puis la répétition des séances avec une charge croissante n'apparaissent pas seulement au sujet comme la mesure de *ce qu'il "peut faire"* mais aussi de *ce qu'il "vaut"*. Lorsqu'on annonce à un patient *"il n'y aura pas de bicyclette pour vous ce matin"*, il s'inquiète aussitôt et s'empresse de demander à l'équipe la raison de ce changement de programme. L'anxiété déclenchée par cette frustration montre bien que l'investissement dont cet exercice est l'objet met en cause la valeur du sujet. Le mot *"valeur"* trouve son origine dans le mot latin *"valere"* qui signifiait lui-même *"se bien porter"*. A tort ou à raison, le patient met spontanément une telle décision sur le compte d'une aggravation de son état cardiaque qui lui échappe. Dans ce même sens, un malade nous déclare : *"Pauvre Mr X, il n'est pas encore passé sur la bicyclette... Son cas doit être bien grave"*.

Cette analyse nous met sur la trace de l'efficacité de l'entraînement sur l'image qu'a le malade de sa maladie.

4 - LA VALEUR D'ECHANGE DES MESURES

Les exercices ergométriques articulent une des dimensions interrelationnelles essentielles de l'entraînement.

Les mesures animent sans cesse la dynamique du groupe des malades par la comparaison que ces derniers aiment à effectuer entre leurs performances. Il est arrivé qu'un malade dont le programme ergométrique démarre très lentement par rapport à celui du groupe avec lequel il l'a commencé soit désigné par ses compagnons comme un individu qui cherche à se maintenir à l'écart du groupe. Enfin, les mesures peuvent fournir à certains sujets un support rationnel au sentiment permanent que les autres sont plus atteints qu'eux-mêmes et qu'un programme plus "personnalisé" leur permettrait de mieux montrer leur excellent état cardiaque.

D'autre part, les mesures ont valeur de lien entre l'équipe et le malade : *contre un effort de quantité donnée et une fatigue qui sont demandés par les soignants, ces derniers échangent une valeur chiffrée, très investie par le patient, et qui représente pour lui une acquisition réalisable exclusivement dans un tel Service*. Cette mesure peut prendre figure de sanction et, comme telle, constituer un renforcement positif ou négatif. Ainsi nous avons appris

que le test de fin d'entraînement était couramment nommé par les malades "*la note de stage*". Dans ce même sens, nous avons été frappé par la réaction de certains malades à l'issue du test III, c'est-à-dire lors de leur retour un an après la phase II pour une nouvelle évaluation. Un patient, qui pratique convenablement les exercices conseillés, nous rencontre après le test d'effort. Il revient ensuite dans le local de l'ergométrie en attendant l'avis et même les félicitations de l'équipe. En fait, il n'a pas été possible, pour des raisons techniques, de faire la mesure de la consommation d'oxygène de manière convenable et on lui annonce simplement qu'il doit revenir pour une autre séance. Il demeure alors dans la salle, attend puis se décide à partir après avoir lancé à voix basse cette question, qui demeure sans réponse : "*Y a-t-il rien d'anormal ?*" Cet exemple souligne l'importance des commentaires qui accompagnent la communication du chiffre mais aussi celle du contenu non-verbal d'une telle relation.

La valeur de sanction apparaît particulièrement auprès des sujets qui viennent pour le test III. Il leur est tout d'abord demandé de renseigner l'équipe sur les exercices qu'ils font chaque semaine. Or, ces sujets sont restés plus ou moins fidèles aux résolutions de changement qu'ils avaient prises un an auparavant avec la même équipe. En objectivant ce que le patient a gagné ou perdu après cette période de vie autonome, la mesure effectuée l'amène en quelque sorte à rendre compte à l'équipe et à lui-même de cette autonomie. L'amélioration des performances, parfois inattendue, provoque le soulagement de l'anxiété des malades qui n'ont pas poursuivi les exercices et les amène à projeter l'introduction des activités sportives dans leur emploi du temps. Ceux qui enregistrent une détérioration de leur tolérance à l'effort manifestent de l'anxiété face à l'avenir ou ressentent un sentiment d'échec.

5 - LES CONDUITES D'EXPERIENCE

Nous avons choisi cette expression pour désigner des attitudes originales que nous avons observées chez les cardiaques dans le cours de leur hospitalisation, de leur convalescence ou même de leur entraînement. Elles représentent *une mise à l'épreuve par le malade lui-même de sa capacité à l'effort et, par là, de sa valeur.*

Un chirurgien ressent une nuit une douleur qu'il diagnostique immédiatement comme un infarctus. Il n'en dit rien à son entourage mais, dans les deux semaines qui suivent, parallèlement à son activité épuisante, il s'impose de manière quotidienne d'authentiques épreuves d'effort (marche accélérée avec charge, ascension rapide d'escaliers afin de savoir "*si ça tiendrait le coup*"). Après deux mois survient, en salle d'opération, un second infarctus. Le sujet ne peut le dissimuler à son équipe et il accepte alors l'hospitalisation en Soins Intensifs car, dit-il, "je savais désormais que c'était viable. Puisque ça avait résisté deux fois, je me suis dit que ça valait le coup".

Un homme de 32 ans, prédisposé à l'athérosclérose par une hyperlipidémie familiale, se comporte en Don Juan. Le lendemain de son entrée aux Soins Intensifs pour un infarctus grave, il éprouve la nécessité d'avoir des rapports sexuels avec une infirmière. Cette assurance de la conservation de sa puissance ne lui suffit pas et, en dépit des recommandations médicales, il se sent soulagé, au retour de chaque sortie, de savoir - et de dire - qu'il a pu une fois de plus triompher de cette mise à l'épreuve qu'est pour lui le coït.

Ces deux cas, marqués indiscutablement par des traits morbides, représentent à l'extrême une conduite que nous avons couramment retrouvée chez les

patients dans le fait de gravir en phase aiguë - contre toute recommandation médicale - les escaliers d'un étage. Elle est aussi fréquente chez les sujets qui, malgré leurs résolutions, ont tout à fait repris, en phase III, leur ancien genre de vie et de travail.

Ces conduites peuvent être interprétées à plusieurs niveaux. Leur étude conduit à la compréhension de l'effet psychodynamique de l'ergomètre.

BOLZINGER (18), analysant la notion de crise, distingue la crise *critique*, inopinée et dramatique, de la crise *commémorative*, dégagée de l'angoisse et du danger. Cette dernière peut avoir une valeur auto-thérapeutique selon le schéma du traitement de la crise par la crise. Alors que l'infarctus, comme crise, représente le moment de la sentence dont dépend la vie du malade, il semble qu'ici, par contre, en cherchant à déclencher la crise, le sujet tente de la domestiquer et, en quelque sorte, de conjurer la mort. Cette crise est chargée d'élaborations secondaires et ce serait, nous semble-t-il, plutôt la mort imaginaire que la mort réelle qui serait son enjeu. Dans ce sens, J. GUYOTAT écrit : "*Tout individu pense qu'il détient en lui une bonne partie du pouvoir de se guérir lui-même*".

A un autre niveau, mais en restant dans le prolongement de cette analyse, on peut considérer la douleur angineuse comme un *signal de danger* : or ce dernier fait défaut à la future victime d'un infarctus inaugural, alors que l'angineux en a l'expérience et peut "traiter" avec lui (1). L'individu sédentaire qui ne pratique aucun effort physique ne risque guère de ressentir ce signal que dans certaines situations émotionnellement stressantes. Les victimes d'infarctus cherchent peut-être, par les conduites d'expérience, à *déclencher un signal* qui fait défaut dans la régulation de leur comportement physique.

6 - HYPOTHESE SUR LA VALEUR PSYCHODYNAMIQUE DES EXERCICES ERGOMETRIQUES

Exercices d'effort et conduites d'expérience peuvent être rapprochées. En effet, tous deux sont marqués par la *répétition*. La possibilité de survenue du *signal d'alarme* se retrouve également au niveau des critères qui imposent l'arrêt de l'épreuve ou du test d'effort. BROUSTET (26) écrit que "ceux qui pratiquent les épreuves d'effort et a fortiori les séances de réadaptation doivent être conscients que leur responsabilité est lourdement engagée". Ces exercices angoissent plus encore certains malades. L'un d'eux me confiait : "*Il ne faut pas trop en faire*". L'angoisse qu'éprouve le convalescent lorsqu'il doit exécuter un effort physique est aussi partagée par soignants et soignés pendant les épreuves d'effort.

Comment interpréter alors l'originalité et l'efficacité psychothérapique des exercices ergométriques ? La mesure est plus qu'un simple élément cognitif,

(1) Certains sujets réalisent de quel mal ils sont atteints mais tentent de "gagner de vitesse" la maladie en retardant le changement de leur activité. D'autres connaissent le signal mais l'attribuent à une autre cause : ainsi ce joueur de tennis qui interrompait le jeu au bout de quelques minutes en s'excusant : "C'est mon arthrose, juste quelques mouvements et ça va passer. J'y suis habitué !" Il refusait de consulter son médecin et fit un infarctus.

qui jouerait comme agent de renforcement positif selon un modèle conditionnaliste du changement.

Elle représente une *épreuve de réalité*, proposée par les soignants, et permet en premier lieu au malade de *lier sa sensation de fatigue à cette représentation*. L'un d'eux déclare : "*Chez soi, on connaît seulement sa fatigue, mais on ne sait pas du tout se repérer par rapport à elle. Ici, avec le programme, on apprend à prendre son pouls par exemple*".

La mesure, expérience de réalité, permet aussi au malade de *lier ses affects à cette représentation chiffrée*. Dans un processus où il n'est pas question de "guérison" au sens de restitution ad integrum, l'évaluation du test II (ou ses équivalents) peut prendre valeur d'horizon d'antériorité indispensable au malade et à l'équipe pour que se constitue ensuite le sentiment de réparation et que se fonde, avec lui, la possibilité pour l'entraînement d'être un agent de changement. Les exercices ergométriques se distinguent alors des conduites d'expérience en ce qu'ils n'entretiennent pas chez le malade - sauf exceptions, nous l'avons vu - l'illusion de réversibilité. Il est permis de se demander si certains convalescents ne refusent pas la réadaptation parce que l'évaluation ergométrique représente une épreuve de réalité incompatible avec l'attitude qu'ils ont organisée en réaction à la maladie. Inversement, nous avons rencontré des patients dans l'attitude desquels aucun changement apparent ne se retrouve au terme de l'entraînement. Or, nous avons observé que la recherche de l'amélioration de leur adaptation à l'effort échappe à la définition qu'ils donnent de l'entraînement. Ils n'en ont retenu que l'évaluation de leur capacité physique résiduelle. L'image qu'ils ont de leur capacité oscille entre un minimum résiduel et un maximum permis.

Nous découvrons ainsi que la mesure peut avoir deux sens pour le sujet : celui d'un *maximum permis "résiduel"* et celui d'un *maximum possible*, qu'il faut s'employer à entretenir et élargir soi-même par la suite. Le sentiment d'irréversibilité, qui est le plus souvent celui qui marque la post-convalescence, peut se différencier selon ces deux pôles au niveau individuel.

- CHAPITRE II -

L'ORDRE NARCISSIQUE DANS LA PRATIQUE DE L'ENTRAÎNEMENT

En repérant la place de l'ordre narcissique dans la pratique médicale, J. GUYOTAT (90) oppose ordre biologique et ordre narcissique. Le premier conduit à la mort, "mort dont la représentation constitue tout un pan de la pratique médicale". Or, "plus la médecine devient biologique, plus le médecin fait appel à l'ordre narcissique, c'est-à-dire celui de la toute-puissance(...). Il faut, de toute façon, que soit projetée quelque part la toute-puissance, et dans notre culture la médecine, plus que le médecin, est un des lieux privilégiés de cette projection".

L'entraînement physique représente une situation originale dans laquelle les exigences du narcissisme du malade - mais aussi celles de l'équipe - peuvent trouver une satisfaction. Avant d'aborder l'étude des opérations d'échange narcissique, il nous faut mettre en parallèle l'économie narcissique du malade, celle du groupe des malades et celle des soignants.

1 - LES INVESTISSEMENTS NARCISSIQUES

1.1 - Le malade

Nous avons présenté l'infarctus comme une "blessure narcissique". Nous ne devons pas négliger les bénéfices que retire sur ce plan le malade de la situation de *dépendance régressive* que représente l'hospitalisation en Soins Intensifs. Nous examinerons plus loin l'aménagement défensif rendu possible par l'hospitalisation en Cardiologie. Cependant, au premier lever et surtout au départ en convalescence, le malade éprouve son incapacité à disposer du monde à sa convenance et la mise en échec de son comportement d'hyperactif ambitieux. Il peut vivre cette blessure comme infligée par le milieu et y chercher un responsable ; il peut aussi, dans le mouvement dépressif, mettre cet échec sur le compte de ses tendances agressives - et nous avons à ce sujet fait l'hypothèse que la vulnérabilité particulière du narcissisme de certains de ces sujets en ferait des "dépressifs", c'est-à-dire qu'un traumatisme tel que l'infarctus les menacerait de décompenser préférentiellement sur le mode de la dépression. Enfin, s'il ne peut mettre en jeu des défenses qui lui permettent de supporter cette atteinte narcissique, il niera la maladie pour assurer la sécurité de son moi et ses chances de survie.

L'entraînement physique est un agent de restauration narcissique. En augmentant sa tolérance à l'effort, le malade se constitue en quelque sorte une cuirasse qui le met à l'abri de la menace d'une nouvelle frustration. C'est

ainsi qu'il pourra alimenter chez certains malades une attitude hypomaniaque entretenue par le sentiment de toute-puissance (1).

L'investissement narcissique ne s'applique pas seulement au corps, mais aussi à la "volonté". Pour beaucoup de sujets, c'est à elle qu'ils doivent d'avoir choisi de participer activement à leur convalescence, en s'opposant ainsi à ceux qui restent à leur domicile. Certains appuient la confiance qu'ils ont en leur volonté sur les bons résultats de leurs exercices et se font forts de suivre dans l'avenir les conseils du Service : "C'est une question de volonté. Je me suis bien arrêté de fumer et j'ai changé de caractère... Eh bien, je vais appliquer ma volonté à faire des exercices chez moi". Cet investissement se traduit parfois par une surestimation de soi.

1.2 - Le groupe des malades

Les remarques fréquentes quant au voisinage désagréable des handicapés physiques traduisent une *tentative d'isolement narcissique* de la part du groupe des cardiaques. C'est en quelque sorte une mesure d'urgence, dont la nécessité apparaît surtout à l'arrivée et s'estompe souvent par la suite. Elle représente une phase de la dynamique du couple repli narcissique - investissement objectal de l'environnement.

Notons aussi qu'il arrive qu'un groupe maintienne ses liens au-delà de la phase II et organise des rencontres périodiques. La récidive, voire la mort -exceptionnelle- d'un de ses membres, sont des événements qui touchent émotionnellement le groupe et révèlent alors sa fragilité narcissique (2).

1.3 - Les soignants

Ils peuvent apparaître au malade comme les principaux agents de la restauration narcissique à laquelle il aspire. Ceci nous amène à nous interroger sur leur problématique de soignants. Leur idéal est représenté au plan manifeste par la réussite de la réadaptation. Cette réussite s'inscrit dans deux directions : la réussite de l'entraînement en phase II, et son maintien ou son amélioration en phase III. Les critères ergométriques permettent d'en juger. Quant au changement du mode de vie, qui se traduit par l'abandon de certains éléments du comportement antérieur et l'aménagement de loisirs qui permettent de poursuivre l'entraînement de manière autonome, il doit s'associer aux bons résultats

(1) Un homme d'affaire nous déclare que l'entraînement est pour lui "*un investissement de temps et d'argent*".

(2) L'analyse de la dynamique du groupe des malades et du groupe malades - soignants permettrait l'étude de la relation au leader et de son évolution (dans le sens dépendance - autonomie) mais aussi celle des transactions entre les objets transférentiels internes au groupe et les objets externes (vécus parfois comme persécutoires). Le changement individuel n'est sans doute pas dissociable d'un changement du groupe. Cette analyse est riche de perspectives mais elle mérite un autre travail.

de la phase II pour que la réussite de la réadaptation soit confirmée à un an de distance (1). Les critères de ce changement d'attitude échappent pour une bonne part à la saisie de l'équipe. D'une part, parce qu'elle ne possède pas l'exclusivité de l'intervention à ce niveau, ni celle de son initiative car le plus souvent le malade a déjà été invité à changer son mode de vie en Cardiologie. D'autre part, parce que l'équipe reconnaît l'influence de l'environnement familial et professionnel sur ce point. Rétrospectivement, un malade interviewé le jour de sa sortie déclare que son séjour dans le Service s'est découpé en deux périodes. Une première phase - pendant laquelle nous l'avions déjà rencontré - qui fut marquée par la dépression et l'anxiété devant le problème de la reprise du travail. Il demeurait perplexe devant deux vécus contradictoires de l'exercice physique : celui, très investi avant l'infarctus, de l'entraînement comme garant de la jeunesse physique et de la force (il racontait ainsi que depuis quelques années, il faisait en dehors des heures de bureau du démarchage et était devenu "spécialiste" de l'ascension rapide des escaliers, exercice dans lequel il surpassait "les jeunes") ; et la conscience de ce que son infarctus pouvait trouver son origine dans des excès d'exercices physiques. Puis, il a "tiré un trait" : ce fut après que son patron soit venu lui rendre visite à l'hôpital et lui ait montré "qu'il n'était pas indispensable", en l'invitant vigoureusement à se laisser aller au repos et à la détente. "J'ai bien changé depuis".

Tout en devinant que c'est au moment où il passe entre leurs mains que le patient a le plus de chances de comprendre la nécessité du changement et de le mettre en route, certains membres de l'équipe adoptent véritablement une position dépressive face à ce problème. Ils s'accusent presque de ne pouvoir faire mieux que permettre au malade d'atteindre un certain résultat ergométrique. *En choisissant l'appellation "entraînement physique", l'équipe semble ramener l'impact de son action à des dimensions "réalistes"*. Les soignants peuvent se sentir alors privés d'une partie de ce qu'ils considéraient comme leur fonction thérapeutique (2). Après avoir renoncé à guérir ("Soigner, sans vouloir guérir" écrit MARITAN, 133), ils sont amenés à remettre en question l'adaptation à la maladie qu'ils proposent, dans sa vocation comme dans sa qualité. Cela s'inscrit comme une frustration au niveau de leur narcissisme de soignant. En ce sens, il est intéressant de noter que la problématique de la réussite du changement se pose avec le plus d'acuité au moment où se rompt le lien

-
- (1) Selon les trois buts classiques de la réadaptation, nous pourrions associer la réussite de la reprise du travail. Mais dans la réalité, quand les soignants jugent qu'une reconversion est nécessaire, c'est le plus souvent à l'employeur ou au malade lui-même qu'il appartient d'organiser ce changement.
 - (2) La décomposition des buts de la réadaptation en un volet physiologique, psychologique et socio-professionnel ne doit pas dissimuler l'interdépendance étroite de ces trois buts ni occulter la controverse dont la *vocation* de la réadaptation fait aujourd'hui l'objet. Sur ce point, nous considérons que la variété des expressions désignant cette thérapeutique (rééducation, entraînement physique, réentraînement, réhabilitation, voire même revalidation) s'inscrit dans un champ sémantique très large, sinon équivoque, et illustre les valeurs sociales et philosophiques définissant le rôle du "réadaptateur" dans notre société (PLAS, 160, apporte des éléments à cette discussion).

établi avec le malade pendant l'entraînement (1). En appréciant l'état de la condition physique à un an de distance de l'entraînement, ce n'est pas de l'effet d'un médicament qu'ils jugent mais bien de celui d'un acte thérapeutique dans lequel ils reconnaissent la part de la dimension relationnelle et donc de leur implication personnelle.

Cette difficulté des soignants à maîtriser leur fonction thérapeutique ressort bien dans le commentaire que nous livrait un Médecin du Service : "On ne devrait pas toujours leur dire autant de choses..."

La notion du danger de certains commentaires sur les résultats auprès du malade est à rapprocher du danger que nous avons déjà évoqué à propos des épreuves d'effort. Au moins fantasmatiquement, les soignants peuvent redouter la manifestation d'une certaine agressivité à travers ces épreuves dont non moins fantasmatiquement - puisqu'elles sont contrôlées - la crise peut apparaître au malade comme le terme.

En reprenant l'analyse que proposent NACHT et Al. (149) des états dépressifs, nous pouvons nous demander si aux yeux des soignants, la maladie et le malade lui-même ne sont pas représentés comme tout-puissants, et si l'introduction de l'entraînement physique précoce dans l'attitude médicale contemporaine face à l'infarctus ne peut pas apparaître comme une défense contre-dépressive.

Pour J. GUYOTAT (90) "soignants et soignés ont tendance à se choisir, s'il y a libre choix, selon des critères de similitude ou de complémentarité. Ils ont tendance à privilégier dans leurs relations, en tout cas, même s'il n'y a pas libre choix au départ, les aspects similaires et aconflictuels en éliminant ce qui diffère". La relation d'objet narcissique se caractérise par la recherche en autrui d'une partie complémentaire ou d'une image en miroir de ce qu'est le sujet. L'autre n'existe que comme source de gratification et de réhabilitation narcissique. L'une des opérations narcissiques les plus caractéristiques est l'identification.

2 - LES OPERATIONS D'IDENTIFICATION

L'identification se définit comme le changement du sujet par l'acquisition de certaines des caractéristiques de l'objet. Elle peut servir tantôt l'amour objectal, tantôt les besoins narcissiques du Moi, et le plus souvent les deux à la fois. *L'identification narcissique* vise un objet qui a les caractères d'un "objet narcissique" : "distinct du sujet mais néanmoins étroitement lié avec lui, il constitue une annexe fortement investie sans laquelle ou sans la valeur de laquelle le sujet ne peut s'aimer : une sorte d'Idéal du Moi" (RENARD, 162).

L'identification de malade à malade fonctionne en permanence dans le groupe des cardiaques. Un de ses supports est représenté par l'état médical de chacun et surtout la définition chiffrée de ses capacités physiques. Elle se réalise entre entrants et sortants, entre victimes d'infarctus et convalescents

(1) En ce sens, la sortie serait aussi difficile à supporter par les soignants que par les soignés.

de pontage, entre infarctus inauguraux et anciens angineux, entre ceux qui présentent encore des précordialgies et ceux qui n'en souffrent plus. Enfin, nous rappelons qu'elle peut se poursuivre au-delà de la phase II au sein des groupes d'anciens malades qui se constituent parfois.

Une identification s'accomplit aussi entre malades et soignants. Il nous est arrivé d'observer une scène originale à la fin d'une séance de gymnastique. Alors que les patients flânaient dans les locaux, certains se sont petit à petit dirigés vers les cyclo-ergomètres. Comme on leur présentait leur programme pour le lendemain, ceux qui devaient passer sur une bicyclette réputée plus difficile ont voulu l'essayer. Et nous avons vu deux malades prendre la tension de leurs camarades pendant qu'ils s'exerçaient, leur faire leurs propres commentaires puis se proposer de montrer aux autres comment il fallait procéder pour effectuer cette mesure. Nous avons également remarqué que les malades qui poursuivent l'entraînement chez eux rapportent avoir commencé par se surveiller au cours de leurs efforts en prenant leur pouls - "comme on me l'avait enseigné ici", dit l'un d'eux.

En sens inverse, nous avons repéré une identification de soignants à soignés. N'est-il pas tout d'abord frappant que parmi les kinésithérapeutes de l'hôpital, ceux qui travaillent auprès des coronariens sont appelés par leurs confrères "les cardiaques" ?

L'observation suivante semble particulièrement intéressante. Au cours des épreuves et des tests d'effort, les soignants ressentent aussi péniblement que le patient la menace de la douleur et de l'accident cardiaque. Ainsi, pendant une première période, tentaient-ils de se rassurer eux-mêmes en demandant au sujet s'il se sentait bien, s'il pensait pouvoir supporter une charge plus élevée et en interrompant parfois l'épreuve aux premières plaintes de ce dernier. Sur la remarque d'un Médecin nouveau venu dans le Service, on découvrit que cette attitude ne permettait plus à l'épreuve d'atteindre son but, c'est-à-dire de mesurer le maximum physiologiquement tolérable. Tout semblait en effet se passer comme si, au-delà des critères médicaux objectifs - dont certains sont encore discutés - s'imposait aux soignants, par *identification*, la notion qu'a le patient du maximum permis par sa maladie et rencontrait en miroir leur difficulté à tolérer leur propre angoisse. *Pour soignés et soignants, c'est le passage du permis au possible qui se joue à ce niveau.*

J. GUYOTAT (90) écrit que "la situation de danger mortel favorise entre le médecin et le malade un système de fonctionnement narcissique en miroir". Il a étudié d'autres éléments de l'ordre narcissique et en particulier la loi de la quantité narcissique constante, le clivage et la bi-sexualité. Le balancement entre la dépression des malades à leur arrivée et la dépression de l'équipe devant la problématique de leur départ, ainsi que l'échange entre la puissance des soignants dont est investi le patient et la toute-puissance que nous avons reconnue à ce dernier et à sa maladie, renvoient à la loi de la quantité narcissique constante. La figure d'une équipe maternelle assurant la sécurité et celle d'une équipe paternelle, introduisant l'ordre de la réalité ainsi qu'une certaine loi, ne se reconnaissent pas seulement dans l'opposition du Service de Cardiologie et du Service d'Entraînement, mais aussi au sein même de l'équipe de réadaptation. Ainsi, certains malades, particulièrement ceux qui n'ont pas poursuivi les exercices à domicile, déclarent qu'ils ne ressentent pas l'équipe, lors du test III, comme durant leur séjour. Ce pourrait être le caractère paternel de l'équipe qui passerait au premier plan au moment du test II ("la note de stage") et, a fortiori, du test III, dont nous avons souligné la valeur de sanction.

3 - COMPLEMENTARITE DU NARCISSISME ET DE L'ANACLITISME

C'est en termes de choix qu'il faut aborder la question du changement rendu possible par l'entraînement. Nous avons montré que l'investissement narcissique ne représentait pas seulement une mesure d'urgence consécutive à l'infarctus. L'analyse que nous avons proposée de l'économie narcissique du coronarien nous amène à reconnaître l'isolement narcissique autrement que comme un simple mouvement régressif réactionnel.

FREUD (75) a décrit deux types de choix : un type de choix *narcissique*, visant un objet auquel le sujet s'identifie, et un type de choix *anaclitique*, selon lequel le sujet aime un substitut de "la femme qui nourrit et de l'homme qui protège", des soins desquels il dépendait lorsqu'il était enfant.

Une relation de dépendance, complémentaire de la relation narcissique, est à l'oeuvre dans l'entraînement physique. Ainsi des patients peuvent-ils déclarer qu'ils se sentent "repris en main".

Un sujet de 48 ans, P.D.G., s'exprime de la manière suivante : "Ce qu'on veut, c'est qu'on nous impose quelque chose. On nous dit : Ne forcez pas trop. Qu'est-ce que ça veut dire, pas trop ? Moi, je veux qu'on me dise : Montez deux étages aujourd'hui. Montez trois étages demain, etc... Je l'ai déjà dit à l'Hôpital Cardiologique en arrivant : Je suis malade, donc je suis comme mineur. Il faut me donner des ordres précis. Il ne faut pas que le malade se demande : Qu'est-ce qu'il faut que je fasse ? On doit lui dire : Demain, vous faites ceci. Ne pas dire : Marchez un peu, pas trop vite. Mais : Faites 500 mètres en 10 minutes". Il termine ainsi sur ce sujet : "Sachez que le malade est con et qu'il veut être guidé !". Les propos d'un patient médecin s'inscrivent dans le même sens.

BROYER et Al. (30) ont étudié la relation de dépendance étroite qui lie le sportif à son entraîneur. Il a été aussi observé que sa performance peut varier selon la personnalité de l'entraîneur. Le même phénomène a parfois été observé auprès de nos sujets par l'équipe.

Nos observations précédentes montrent aussi que le sentiment de réparation se constitue dans l'appui que trouve le patient dans les soignants mais aussi auprès de ses "aînés". L'attitude "pédagogique" que LUMINET (131) recommande aux médecins prend place dans cette composante de la relation thérapeutique. C'est bien un enseignement que certains sujets déclarent recevoir ici.

4 - CONCLUSION

Ainsi la relation d'objet narcissique et anaclitique ne s'excluent pas l'une l'autre mais sont complémentaires. Chaque sujet les pratique dans une mesure variant avec les nécessités de son économie défensive, la réponse du groupe, celle des soignants mais aussi celle de son entourage familial et professionnel.

L'isolement et la dépression représentent les formes les plus régressives de l'aménagement narcissique. L'appui sur la réponse des soignants et du groupe permet au patient d'assumer cette régression et ce mouvement dépressif et

déclenche un mouvement de progression passant par la restauration de l'estime de soi puis l'autonomisation. *Les sujets qui ont réalisé un changement dans leur mode de vie se reconnaissent à ce qu'ils se sont identifiés aux thérapeutes et aux "cardiaques sportifs" et gèrent eux-mêmes leurs exercices dans le sens de l'entretien de la forme physique acquise pendant l'entraînement ; et à ce qu'ils ont accepté de s'appuyer plus désormais sur leur entourage, au niveau familial comme au niveau professionnel.*

A des degrés divers, il peut arriver que l'autonomisation ne s'accomplisse pas complètement. Et nous avons signalé que des sujets déclarent ne pas pouvoir poursuivre les activités physiques sans un contrôle extérieur (1). Inversement, il se trouve des patients qui évitent la relation de dépendance et continuent, plus tard, à se comporter selon le régime narcissique de la toute-puissance. Ainsi, l'hypomane et celui qui nie son handicap ne trouvent pas dans l'entraînement l'occasion de changer leur mode défensif et risquent, au contraire, d'y trouver, par le biais du sentiment de réparation, le moyen de renforcer leur système de protection.

La relation thérapeutique au cours de l'entraînement physique aménage la succession d'un mouvement régressif et d'un mouvement progressif, passant par la dépendance, la réparation et l'autonomisation, en s'appuyant de manière complémentaire sur une relation narcissique et anaclitique, aussi indispensables l'une que l'autre pour rendre possible le changement de l'attitude face à la maladie.

..

(1) Nous avons observé le cas d'un sujet qui a terminé son entraînement depuis plus d'un an mais revient régulièrement dans le Service pour y faire lui-même des exercices ergométriques. L'équipe l'a accepté à la condition qu'il ne perturbe pas son travail et ne la sollicite pas. Il semble se réaliser chez lui simultanément une identification au thérapeute - puisqu'il se contrôle lui-même - et l'expression de la persistance d'une dépendance, c'est-à-dire la satisfaction complémentaire de ses exigences narcissiques et anaclitiques.

- CHAPITRE III -

CONDITIONS ET LIMITES DE L'ACTION PSYCHODYNAMIQUE DE L'ENTRAÎNEMENT

Nous avons proposé une hypothèse interprétative de l'efficacité de l'entraînement qui passe par le changement. Pour terminer, nous allons tenter de revenir au plan structural abordé en fin de 2ème partie afin de définir le terrain sur lequel s'opère le changement. C'est pour nous à ce niveau qu'il est possible de saisir ce qui détermine le malade à organiser sa réponse à l'infarctus et à l'entraînement dans l'une ou l'autre des voies reconnues en phase III.

1 - MODIFICATIONS DU REGIME DEFENSIF INTRODUITES PAR L'ENTRAÎNEMENT

Un certain nombre des réactions observées en phase II ou même en phase III ne paraissent pas se distinguer toujours de celles qui marquent la simple convalescence. L'anxiété, la dépression ou les attitudes d'hostilité en début d'entraînement peuvent s'expliquer par la remise en cause du régime défensif établi en fin d'hospitalisation ou pendant la convalescence pour les sujets tard venus à l'entraînement. Le conflit qui en résulte peut se poursuivre en phase III.

1.1 - Les défenses remises en cause

Chez certains patients, des douleurs pré-cordiales, dont l'organicité n'est que rarement reconnue par les médecins, apparaissent au cours des épreuves d'effort ou même dans leur intervalle alors qu'ils n'en ressentaient plus depuis la scène ayant inauguré l'infarctus. On peut y reconnaître des manifestations d'angoisse et en conclure qu'un mécanisme qui protégeait jusqu'alors le moi de l'angoisse perd de son efficacité. Il peut s'agir de la négation ou de l'inhibition.

- La négation :

Lorsqu'on interroge le malade sur la manière dont l'entraînement et ses modalités (sa durée en particulier) lui ont été présentées, il arrive qu'il évoque des circonstances très imprécises ou nie même en avoir été informé. Il s'agit littéralement de "malentendus" qui ne se rapportent pas seulement à l'aspect cognitif de l'image de la maladie mais à sa reconnaissance proprement dite. Ils sont aussi sans doute à l'oeuvre quand, en fin d'entraînement, le malade désigne les exercices respiratoires ou la gymnastique comme buts principaux de l'entraînement.

Ainsi, c'est d'abord en compromettant l'efficacité de la négation que l'entraînement remet en cause l'aménagement défensif du traumatisme. Le terme de "réadaptation" est toujours celui par lequel les malades désignent l'entraînement et il sous-entend la notion d'un handicap physique.

- L'inhibition et la passivité :

Certains patients tiennent à préciser que ce n'est pas leur médecin mais eux-mêmes qui ont préféré l'entraînement à la Maison de repos. Cependant, à leur arrivée, les malades font souvent la comparaison entre le Service d'entraînement et l'ambiance de l'Hôpital Cardiologique. Certains ont alors la nostalgie du sentiment de sécurité qu'ils y ont éprouvé dès le lendemain de leur infarctus. Diverses formes de négation sont sans doute entretenues pendant cette première phase aiguë. Mais la régression narcissique qui s'y accomplit peut être une des conditions de la constitution, en phase II, du sentiment de réparation. En situation d'entraînement, le patient doit abandonner ces défenses pour participer activement aux exercices. Leur mise en route est très progressive et respecte les conditions cardiaques propres à chacun ; cependant la relation thérapeutique mérite d'être aussi aménagée par la reconnaissance des défenses propres à chaque malade et de leur bouleversement éventuel par la mise en route du programme.

1.2 - Réorganisation des défenses

Nous avons repéré trois processus défensifs caractéristiques en phase II.

- La récupération affective :

Cette défense contre la dépression se trouve renforcée par l'entraînement. La mesure des progrès ergométriques et leur comparaison avec ceux des autres malades l'alimente. Quand l'état cardiaque du sujet ne lui permet pas cette réassurance, son état dépressif peut s'en trouver révélé ou aggravé.

Dans ce sens, la question de la reprise du travail et du maintien de la fonction économique du malade dans sa famille trouve une réponse rassurante dans les bons résultats. Cet aménagement défensif se joue au niveau de la relation d'objet narcissique et son étude a fait l'objet du précédent chapitre.

- L'hypomanie et la défense maniaque :

Cette réaction, caractéristique de certains patients non entraînés, se retrouve aussi en phase II. BROUSTET (26) reconnaît que l'entraînement peut favoriser l'exaltation de l'humeur et parfois même une note euphorique. Il évoque "l'adhésion enthousiaste de certains malades qui au vu des résultats favorables auraient tendance à dépasser leurs capacités réelles". En observant les malades dans le groupe ou dans leurs échanges avec l'équipe, nous avons retrouvé des traits de comportement évocateurs de l'hypomanie : tel malade, cadre d'allure assez austère, adresse de fréquentes plaisanteries à une kinésithérapeute. Leur ton parfois grivois n'est pas sans surprendre. Tel autre fait des jeux verbaux sur le même registre. Nous n'avons retrouvé dans aucun service hospitalier la familiarité et l'animation qui caractérisent l'attitude des malades envers

l'équipe et eux-mêmes en réadaptation. Bien entendu, cette expansivité n'est pas permanente et nous avons noté qu'elle est parfois absente du comportement de certains malades pendant tout leur séjour.

WINNICOTT (190) désigne par "*défense maniaque*" un processus par lequel le sujet évite la réalité intérieure dans laquelle il ne peut ni reconnaître ni affronter l'angoisse dépressive et fuit vers la réalité extérieure. Ne tolérant ni l'angoisse ni le doute, il est incapable de dire qu'il "se sent" déprimé. Cette défense se reconnaît dans la méconnaissance du danger, l'exaltation et le fantasme de la maîtrise toute-puissante de l'angoisse dépressive. Pour WINNICOTT, cette défense est normale et peut se manifester dans la vie quotidienne. Cette défense s'inscrit dans l'ordre narcissique de la relation thérapeutique.

Nous en rapprochons ce que BONAMI et Al. (21) nomment le *cercle vicieux comportemental* du coronarien. Quand l'estime de soi du sujet est ébranlée par la maladie, il cherche à retrouver le plus vite possible son mode de vie antérieur. Ces auteurs interprètent cette attitude comme un comportement de prise de risque qui s'inscrit dans un cercle vicieux. "Leur tendance à se poser des objectifs élevés favorise l'occurrence d'échecs répétés auxquels ils réagissent non pas en réajustant leur niveau d'aspiration mais en maintenant des objectifs élevés". Pour nous, la provocation de la crise, recherchée dans les "conduites d'expérience", prend valeur d'une démonstration par laquelle le sujet, derrière la question "*Jusqu'où puis-je aller trop loin ?*" veut se prouver qu'il maîtrise lui-même ses limites voire même que l'infarctus n'a pas remis en cause son autonomie. Il s'agirait là d'une véritable prise au piège narcissique.

- L'obsessionnalisation :

La relation d'apprentissage que constitue l'entraînement remplit une fonction de contrôle. Elle est illustrée par le caractère régulier et répétitif du programme, par son contrôle ainsi que par la communication des mesures par l'équipe.

La relation d'objet obsessionnelle est marquée par le contrôle et par l'opposition du couple passivité - activité. Génétiquement, elle se constitue au stade anal, par une réaction de l'enfant à la contrainte qu'exerce la mère sur son éducation sphinctérienne. C'est le stade de la conquête de l'autonomie, du renforcement narcissique du sentiment de puissance et de la découverte du plaisir de la maîtrise.

Le renforcement de cette défense pourrait s'associer chez le patient, après la mise en échec du cercle vicieux comportemental que représente l'infarctus, à l'acceptation de ne plus se passer de la puissance du Père et de son contrôle. Il s'en remettrait provisoirement à un Surmoi constitué par identification aux soignants. C'est peut-être à une telle identification que la poursuite autonome des activités physiques doit d'avoir parfois un caractère ritualisé.

La discussion de la qualité adaptative des modifications du régime défensif nous ramène à la constatation selon laquelle en phase III ce n'est pas la majorité des sujets qui poursuit les exercices de manière autonome et a organisé le changement sur un mode progressif.

Cette observation représente pour nous une véritable expérience de réalité. A notre tour de l'aménager, en recherchant un modèle qui rendrait compte de la possibilité de changement ouverte par l'entraînement et de ses échecs.

2 - LE PHENOMENE DE TRANSITIONALITE

Derrière le couple certitude - incertitude que nous avons proposé de repérer chez le sujet, se profile le couple transparence - opacité, qui s'applique à l'image du corps qui est celle du malade (1). Il s'agit pour le sujet, au-delà des certitudes anatomiques et physiologiques, de répondre à la question: "suis-je le même qu'avant mon infarctus ?".

KAES (110) désigne par le terme de transitionnalité, à la suite des travaux de WINNICOTT, la "zone intermédiaire d'expérience entre deux états, caractérisée par l'aménagement d'une rupture, dans l'incertitude maximale quant à la mise en oeuvre des mécanismes d'extinction de la crise". Il envisage l'aménagement de cette expérience de rupture de la continuité de soi dans le recours au groupe, qui assigne le sujet à une place. Cette approche nous semble rendre compte des fonctions positives du groupe des soignants comme de celui des malades. Cet espace potentiel, espace de création, qui se constitue entre le sujet et ces deux groupes, renvoie à un espace transitionnel interne, espace de création lui aussi.

WINNICOTT (191) insiste sur *le rôle du jeu dans la "période d'hésitation"* qui accompagne la constitution de l'espace transitionnel où se cristallise la réalité intérieure. Ainsi, écrit-il, "l'objet transitionnel n'est pas tant l'objet utilisé que l'utilisation de l'objet". Nous dirons que *ce n'est pas tant l'exercice que l'utilisation de l'exercice*. En effet, en phase II, tout semble se passer comme s'il s'agissait de passer du voir au savoir, du vécu brut de l'infarctus à l'apprentissage de certains éléments cognitifs et comportementaux. Or, ce que l'équipe doit apporter se situe au-delà du savoir, au niveau du jeu, de la gestion autonome qui n'est pas toujours associée à un bon savoir (2). Nous avons montré que le malade peut savoir ce qu'il doit faire et cependant ne pas le faire. Apprendre à jouer avec les exercices, c'est apprendre à jouer avec son corps et donc avec son passé d'infarctus. Les malades qui nient la maladie ou sont hypomanes ont un espace et un temps toujours pleins, dépourvus de faille et donc d'espace de jeu, appliqués sans cesse à réduire le hasard et l'inattendu. Quant aux sujets qui ont le sentiment de "vivre en sursis", l'analyse que nous avons proposée de leur attitude tend à montrer que c'est l'événement lui-même qui n'est pas encore constitué comme passé et qu'il ne leur est ainsi pas possible de se projeter dans un véritable futur.

La fonction de l'équipe dans la constitution de cet espace transitionnel interne est aussi essentielle que celle que WINNICOTT attribue à la mère dans l'abord et l'établissement de la position dépressive de son enfant (le "holding"). En *maintenant* la situation, elle montre que la capacité d'effort a survécu à

(1) BUYTENDIJK (36) a montré que l'image du corps se constitue dans le mouvement. Il serait intéressant d'étudier comparativement l'image du corps des victimes d'infarctus dans l'immobilisation forcée, la remise en route progressive des mouvements et l'entraînement proprement dit.

(2) Le malade comme les soignants risquent de succomber au "fantasme psychosomatique", décrit par SASSOLAS et MARITAN (172) comme une défense contre l'angoisse de la destruction corporelle par le clivage corps-esprit. Il repose sur la toute-puissance de l'esprit et s'échange entre soignant et soigné au niveau d'une illusion narcissique du savoir.

à l'infarctus et permet surtout au malade de découvrir qu'il y a deux usages possibles de l'effort, en distinguant la fonction proprement dite de ses élaborations imaginaires. Ce changement est conditionné par l'ouverture d'un espace de jeu entre le permis et le possible, qui s'accompagne chez le sédentaire de la découverte du plaisir qui suit l'exercice physique. Sa recherche motivera le patient à entretenir sa forme physique.

3 - PERSPECTIVES OUVERTES PAR L'APPROCHE PSYCHANALYTIQUE

Dans une perspective psychanalytique structurale, la fonction du jeu est celle du Préconscient. MARTY (136) retrouve dans la structure mentale des "névroses de comportement" l'absence de Surmoi personnifié, laissant la place au Moi Idéal (pré-objectal) et la carence fonctionnelle du Préconscient. L'approfondissement de cette voie de recherche doit dépasser un rapprochement superficiel avec les conclusions de notre 2ème partie, qui mettaient déjà l'accent sur la dépersonnification du Surmoi des coronariens. La position évolutionniste de MARTY (137) repose sur l'étude des mécanismes de fixation et de régression et se présente comme une tentative de compréhension des phénomènes d'organisation, de désorganisation et de réorganisation à la suite de la maladie. L'assimilation de certains coronariens et plus particulièrement des victimes d'infarctus au secteur nosographique désigné par MARTY du terme de "névroses de comportement" reste à établir. La réalité individuelle de l'organisation, de la désorganisation et de la réorganisation doit être respectée dans une telle perspective et marque la limite d'une démarche qui serait trop classificatrice.

Dans la même perspective structurale, GUILLAUMIN (88) a développé récemment l'hypothèse selon laquelle "le Préconscient, ou plutôt ses malfaçons, jouent un rôle essentiel dans l'étiologie dépressive". "Disposer d'un bon Préconscient, c'est avoir assimilé et approprié suffisamment les identifications d'apprentissage - notamment au niveau des rôles sexuels et sociaux -, compte tenu des possibilités du Moi, pour pouvoir traiter sans remise en cause inquiète de la légitimité du procédé employé, les excitations en provenance du dehors et du dedans". La dépression est alors évitée mais cela n'exclue pas l'occurrence de "légers moments dépressifs", dont GUILLAUMIN souligne la valeur de réorganisations défensives capables d'introduire le changement dans le fonctionnement psychique. Si par contre le Préconscient a été mal formé, à la moindre alerte, les automatismes d'assimilation de l'excitation font défaut : c'est la dépression et la convocation éventuelle des défenses que nous avons considérées plus haut.

Selon cette hypothèse, la majorité des victimes d'infarctus auraient alors beaucoup de difficultés pour déboucher, grâce à l'entraînement, sur le jeu fonctionnel dont il vient d'être question au paragraphe précédent (1). C'est un effet thérapeutique de la psychanalyse que d'installer ou de restaurer chez le patient le fonctionnement du Préconscient. Bien entendu, il n'est pas plus question de demander aux membres de l'équipe d'avoir une formation psychanalytique que d'inviter toutes les victimes d'infarctus à entreprendre une cure analytique !

(1) C'est pourquoi, au terme de ce travail, nous sommes réservé quant à l'affirmation de SELVINI (176) selon laquelle "l'infarctus provoque un changement permanent de structure".

Le caractère traumatique et désorganisateur de l'infarctus est aménagé par la mise en jeu d'opérations défensives qui varient avec chaque sujet. Comme nous l'avons montré, si l'entraînement peut permettre une adaptation de ces défenses, il peut aussi, chez certains patients, demeurer inopérant sur ce plan ou même provoquer leur blocage, d'autant plus que la forme d'équilibre constituée dès la phase aiguë de la maladie entretient parfois des bénéfices secondaires et que, surtout, elle a une fonction de restauration narcissique. Lorsque ces défenses sont trop rigides, leur remaniement risque de provoquer une décompensation. Dans le déni, il s'agit pour certains sujets non seulement de se protéger de l'angoisse déclenchée par le traumatisme mais d'assurer le maintien de leur identité.

Il n'est donc pas possible de juger que, d'une manière générale, une attitude, et les mécanismes sur lesquels elle s'appuie, est meilleure qu'une autre - sinon en considérant la structure de chaque individu ; ni, a fortiori, de plaider pour un changement à tout prix.

En résumé, le changement n'est pas possible pour tous les sujets. S'il se produit, c'est selon un temps et une modalité psychodynamique qui dépendent des caractères originaux de la relation thérapeutique et des possibilités de l'organisation de chaque sujet. La dépressivité ainsi que la valeur fonctionnelle du Préconscient nous sont apparues comme deux coordonnées intéressantes - mais ni spécifiques ni exclusives - de la variabilité individuelle. Nous nous proposons de poursuivre cette recherche dans ce sens.

4 - LE ROLE DE L'EQUIPE SOIGNANTE

Distinguer le but physiologique et le but psychothérapique de la réadaptation, comme le font la plupart des auteurs, entraîne à individualiser des méthodes psychothérapiques dont l'application a fait l'objet de quelques publications (1).

Nous revenons par contre au niveau de ceux qui pratiquent l'entraînement si nous nous interrogeons sur les attitudes psychothérapiques qui sont les leurs et non plus sur les techniques proprement dites. Leur action thérapeutique est caractérisée par l'implication personnelle des soignants. L'attitude conseillée par les auteurs est soit directive, activiste ("psychothérapie de regonflage" écrit LUMINET, 131) ou explicative ("pédagogie du réel" pour PEYROUZET et Al.,

(1) A propos de la psychothérapie individuelle (OHLMEIER, 153; STANOWSKI et Al., 179) de la psychothérapie de groupe (LUMINET, 130 ; BASCOM BILODEAU, 7 ; HAHN et Al., 94 ; IBRAHIM et Al., 101), de la relaxation (PEYROUZET et Al., 159 ; WEBSTER, 187 ; ZAITSEV et Al., 199), de l'hypnose (KAVANAGH et Al., 112), et de la thérapie comportementale (KATZ et Al., 111). Ces tentatives portent sur un trop petit nombre de sujets et la seule conclusion qu'il nous soit possible d'en tirer est que les prises en charges collectives ont une meilleure efficacité que les psychothérapies individuelles, souvent mal tolérées.

159) (1).

Le patient risque de minimiser ses symptômes et ses difficultés de peur de paraître faible de caractère aux yeux des soignants, de ses compagnons mais aussi à ses propres yeux. L'équipe doit donc chercher à les apprécier et surtout à les prévoir en considérant les problèmes socio-professionnels du sujet, en observant son entourage chaque fois que l'occasion peut lui en être donnée et en tentant de définir les caractères de son adaptation à la maladie à travers ceux de ses principaux facteurs : la personnalité du patient et la relation thérapeutique initiale dans laquelle il a été engagé en phase aiguë. D'eux dépendent sa préparation à l'entraînement et l'image qu'il a de son corps et de ses possibilités de réparation. Ici se situent les limites d'un repérage empirique et paraît s'imposer la nécessité de faire collaborer au travail de l'équipe un spécialiste de ce type d'observation.

Pour certains auteurs (CAY et Al., 15 ; HACKETT et Al., 92 ; LENZNER et Al., 125 ; SEGAL et Al., 174 ; MARTIN, 134), l'évaluation des difficultés du patient introduit la prescription de sédatifs, d'anxiolytiques ou d'anti-dépresseurs. Cependant les effets somatiques de ces médicaments ne sont pas toujours négligeables et ils amènent certains cardiologues à demeurer réservés sur ce point.

L'hospitalisation du malade pendant toute la durée du programme est parfois rendue nécessaire par des contingences médicales ou géographiques. L'indication de l'entraînement sur le mode exclusivement ambulatoire et la décision du passage en ambulatoire des sujets hospitalisés ne doivent pas dépendre seulement des résultats ergométriques mais aussi du caractère individuel de la progression du travail intérieur et de ses exigences successives.

Les remaniements défensifs et l'éventuel changement d'attitude ne témoignent pas seulement d'un travail d'adaptation au traumatisme mais aussi d'un travail d'intégration de l'entraînement physique lui-même. Pour le malade ambulatoire, ce travail est fait de temps de présence et d'absence dont le jeu favorise la constitution du phénomène de transitionnalité.

La relation thérapeutique doit permettre au patient de "se reprendre" à son niveau. De même que la progression des charges ergométriques suit l'évolution médicale de chaque sujet, les échanges narcissiques et l'apport anaclitique, sur lesquels s'établit la succession de la régression, de la réparation et de l'autonomisation, doivent suivre le temps de chaque sujet, le temps qu'il lui faut pour accomplir les possibilités de changement inscrites dans sa structure. Le temps qu'il faut pour devenir soi.

..

(1) Pour l'anecdote, nous rapportons qu'un auteur américain, auquel nous avons demandé un tiré-à-part, a joint à son envoi une petite plaquette en nous expliquant qu'il la remettait à tous ses malades à leur sortie. Il s'agissait d'une publication religieuse invitant le lecteur à la découverte des beautés de la Création et à la prière quotidienne.

CONCLUSIONS

Pour étudier l'effet de l'entraînement physique sur l'attitude psychologique des convalescents d'infarctus du myocarde, 41 sujets ont été observés pendant leur hospitalisation dans le service d'Entraînement physique des Cardiaques de l'Hôpital Henry-Gabrielle et 31 à plus d'un an de cette phase.

1 - Le traumatisme que représente l'infarctus, l'organisation psychique de ses victimes et les caractères de la relation thérapeutique constituent trois sources de variation des réactions psychologiques et de l'action psychodynamique de l'entraînement physique. Après l'angoisse de la phase aiguë, les attitudes s'organisent selon deux pôles : la dépression et la négation de la maladie. Elles varient avec l'image qu'a le sujet de sa maladie et de ses conséquences. Elles s'intensifient pendant la convalescence et après la reprise du travail.

2 - Le narcissisme des malades subit une atteinte d'autant plus profonde que leur comportement habituel est le plus souvent caractérisé par le besoin d'affirmation permanente de leur puissance. Pour certains auteurs, ils luttent par l'hyperactivité et la recherche de la réussite contre la dépression à laquelle les prédisposent l'échec de l'identification au père et la vulnérabilité narcissique qu'elle entretient. Ainsi, la réaction observée dépendra de l'efficacité des défenses mises en jeu pour faire face au traumatisme.

3 - Ce sont l'anxiété et la dépression qui marquent le plus souvent l'arrivée dans le Service d'Entraînement. La dépression s'estompe pendant la première semaine et ne persiste qu'exceptionnellement à la sortie. L'hostilité et le manque de motivation sont plus rarement observés. En fin de programme, 80 % des sujets éprouvent un sentiment de réparation et désirent poursuivre l'activité physique après leur convalescence, alors que les autres ne prennent pas position face aux exercices et à cette question ou ne s'estiment pas satisfaits.

4 - Trois attitudes apparaissent chez les sujets rencontrés un an plus tard :

- l'acceptation d'une certaine irréversibilité des conséquences de la maladie,
- L'illusion de la réversibilité complète (surcompensation et déni),
- L'incertitude devant l'avenir (sentiment de vivre en sursis, avec un blocage de la dynamique de l'adaptation à la maladie).

Un tiers des sujets a changé son mode de vie et poursuit une activité physique. Ce sont souvent ceux qui reconnaissent s'appuyer désormais plus sur leur entourage familial et professionnel. Les autres déclarent ne pas trouver le temps nécessaire à ces exercices ou les assimilent aux efforts accomplis dans leur activité professionnelle.

5 - Sur le plan psychodynamique, les exercices ergométriques se distinguent des mises à l'épreuve par soi-même que s'imposent souvent les convalescents d'infarctus par leur valeur d'expériences de réalité.

En permettant au sujet de lier ses affects et en particulier le sentiment de réparation à la représentation que constitue la mesure, ils mobilisent l'image qu'il a de lui-même et de sa maladie.

6 - La relation thérapeutique au cours de l'entraînement physique est caractérisée par les identifications et remplit de manière complémentaire une fonction narcissique de restauration de la puissance du malade - mais aussi de celle des soignants - et une fonction anaclitique, dans la relation de soutien et de dépendance à l'égard de l'entraîneur. Elle aménage la succession d'un mouvement régressif puis progressif qui débouche sur l'autonomisation de la pratique des activités physiques.

7 - L'action psychodynamique de l'entraînement repose sur le réaménagement qu'il provoque dans le régime défensif (mise en cause de la négation et de la passivité et renforcement des procédés de revalorisation narcissique, de l'obsessionnalisation et de la défense maniaque caractérisée par l'euphorie et l'hyperactivité). La poursuite autonome des exercices suppose le dépassement de l'alternative effort permis - effort possible par l'accession au jeu avec l'exercice et la découverte du plaisir qui s'y associe. Apprendre à jouer avec l'exercice, c'est apprendre à jouer avec son corps. Ce changement est conditionné par l'ouverture d'un espace de jeu dans l'organisation psychique elle-même. C'est pourquoi il n'est possible de juger du caractère adapté de l'attitude du patient qu'au regard de sa structure et de ses possibilités de changement, qui sont parfois limitées.

8 - Le pronostic de l'entraînement est engagé par la relation thérapeutique initiale et la manière dont il est présenté au malade. L'équipe doit apprécier l'attitude du sujet face à sa maladie, reconnaître ses possibilités et suivre le temps de son travail d'intégration du traumatisme et de l'entraînement. L'indication de l'entraînement ambulatoire ou sa décision en cours d'hospitalisation se feraient aussi dans ce sens. La poursuite de cette étude doit porter sur la recherche des aménagements de la relation thérapeutique propres à favoriser l'accession du plus grand nombre possible de malades au jeu autonome avec l'exercice physique.

Le Président de la Thèse

Professeur A. PERRIN

Vu, le Directeur de l'U.E.R. Sud-Ouest

Professeur J. NORMAND

Vu et Permis d'imprimer
LYON, le 8 Juin 1977

Le Président de l'Université
Claude-Bernard
Président du Comité de
Coordination des Etudes
Médicales

Professeur D. GERMAIN

- B I B L I O G R A P H I E -

- 1 - ANDERSEN M.D. et PLETCHINA J.M.
Emergency unit patients' perception of stressful life events.
Nursing Research, 1974 (Sep-Oct), 23, 5, pp. 378-383.

- 2 - ARLOW J.A.
Identification mechanisms in coronary occlusion.
Psychosom. Med., 1945 (Jul), 7, pp. 195-209.

- 3 - ARLOW J.A.
Anxiety patterns in angina pectoris.
Psychosom. Med., 1952 (Jul), 14, pp. 461-468.

- 4 - ASKANAS Z., SIEK S. et OSTROWSKA H.
Le rôle du psychologue dans la rééducation des malades ayant eu un infarctus du myocarde récent.
Polski Tygod. Lek., 1966, 21, 34, pp. 1308-1311.

- 5 - BAHNSON C.B. et WARDWELL W.I.
Parent constellation and psychosexual identification in male patients with myocardial infarction.
Psychol. Rep., 1962, 10, pp. 831-852.

- 6 - BARTLE S.H. et BISHOP L.F.
Psychological study of patients with coronary heart disease with unexpectedly long survival and high level function.
Psychosomatics, 1974, 15, 2, pp. 68-69.

- 7 - BASCOM BILODEAU C. et HACKETT T.P.
Issues raised in a group setting by patients recovering from myocardial infarction.
Amer. J. Psychiatr., 1971, 128, 1, pp. 73-78.

- 8 - BECKER D., DELONS L., IGOIN L. et NARET C.
Le comportement psychologique du dialysé chronique.
La Rev. de Méd., 1974 (28 Jan.), 15, 4, pp. 141-150.

- 9 - BECKWITH J.R., KERNODLE D.T., LE HEW A.E. et WOOD J.E.
The management of myocardial infarction with particular reference to the chair treatment.
Annals of Internal Med., 1954, 41, p. 1189.

- 10 - BERG-LARSEN R.
Psychodynamic evaluation of patients with myocardial infarction.
Psychother. Psychosom., 1970, 18, 1-6, pp. 294-298.

- 11 - BERGERET J.
La dépression et les états-limites.
 1 vol., Paris, Payot, 1974, 354 p.
- 12 - BERGERET J.
 Dépressivité et dépression dans le cadre de l'économie défensive.
 Rapport au XXXVIe Congrès des Psychanalystes de Langues Romanes, Genève,
 Juin 1976.
Rev. Fr. de Psychan., 1976, 40, 5-6, pp. 835-1044.
- 13 - BERNET A. et JOUVE A.
 Le profil du coronarien
Rev. Méd. Psychosom., 1973, XV, 1, pp. 43-55.
- 14 - BERSAY Cl.
 La réadaptation psychologique des coronariens.
Nouv. Presse Méd., 10 Fév. 1973, 2, 6, pp. 375-376.
- 15 - BIRKUI P., di GIANFRANCESCO R. et LESIGNE Cl.
 Enquête psychologique préliminaire pour l'étude de la réadaptation des
 coronariens par une activité physique contrôlée.
Sem. Hôp. Paris, 23 Nov. 1976, 52, 40, pp. 2291-2294.
- 16 - BLOCH A. et MAEDER J.P.
 La sexualité des coronariens.
Méd. et Hyg., 5 Déc. 1973, 31, 1081, pp. 1892-1894.
- 17 - BLOCH A., MAEDER J.P. et HAISSLY J.C.
 Sexual problems after myocardial infarction.
Amer. Heart J., Oct. 1975, 90, 4, pp. 536-537.
- 18 - BOLZINGER A.
 Réflexions sur la notion de crise en psychopathologie .A propos du test
 de Rorschach au cours des psychoses aiguës.
Thèse Méd., Strasbourg, 1969.
- 19 - BONAMI M., BLESIN N., LEDECQ M. et MERTENS C.
 Approches expérimentales de la personnalité et de la réadaptation pro-
 fessionnelle du coronarien.
Acta Psychiat. Belg., Sept. 1970, 70, 5, pp. 579-590.
- 20 - BONAMI M. et RIME B.
 Réactions psychologiques et attitudes consécutives à l'infarctus du
 myocarde.
Acta Psychiat. Belg., Janv. 1972, 72, 1, pp. 80-95.

- 21 - BONAMI M. et RIME B.
Structures comportementales et style de personnalité associés à l'infarctus du myocarde.
Bulletin de Psychologie, 1975-1976, 324, XXIX, 16-17, pp. 803-812.

- 22 - BOTWINICK J. et STORANDT M.
Cardiovascular status, depressive affect and other factors in reaction time.
Journal of Gerontology, Sep. 1974, 29, 5, pp. 543-548.

- 23 - BOURRET J., DELAHAYE J.P. et FROMENT R.
La reprise de l'activité professionnelle après infarctus du myocarde. A propos d'une enquête sur 236 malades.
Rev. Lyon. Méd., Fèv. 1961, 10, 123, p. 41.

- 24 - BOUVRAIN Y., MARECHAL J.P., SLAMA R. et MOTTE G.
Angoisse et régression dans un service de Soins Intensifs cardiologiques.
Presse Médicale, 7 Nov. 1970, 78, 47, pp. 2083-2085.

- 25 - BOZON E.
L'entraînement physique des cardiaques. Premier bilan sur 115 cas.
Thèse Méd., Lyon, 1976.

- 26 - BROUSTET J.P.
La réadaptation des coronariens.
1 vol., Rueil-Malmaison, Sandoz, 1973, 375 p.

- 27 - BROUSTET J.P.
Rééducation des cardiaques.
Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Coeur, fasc. 11928 A 10 (2-1974).

- 28 - BROUSTET J.P., DAUBEZE J., EMERIAU J.P. et BRICAUD M.
Problèmes pratiques posés par la généralisation de la réadaptation fonctionnelle des infarctus du myocarde.
Rev. du Prat., 7-11 Déc. 1974, 24, 55, pp. 5137-5142.

- 29 - BROWNE I.W. et HACKETT T.P.
Emotional reactions to the threat of impending death: a study of patients on the monitor cardiac pacemaker.
Ir. J. Med. Sci., 1967, 496, pp. 177-187.

- 30 - BROYER G. et GINET D.
Des modèles de changement corporel chez les sportifs.
Communication au Colloque sur les modèles théoriques du changement en psychologie (Bron, 27-28 Nov. 1976).
Psychologie Clinique, Mars 1977, 1, pp. 63-70.

- 31 - BRUHN J.G., CHANDLER B. et WOLF S.
A psychological study of survivors and non survivors of myocardial infarction.
Psychosom. Med., 1969, 31, 1, pp. 8-19.
- 32 - BRUHN J.G., PAREDES A., ADSETT C. et WOLF S.
Psychological predictors of sudden death in myocardial infarction.
J. of Psychosom. Res., Jun. 1974, 18, 3, pp. 187-191.
- 33 - BRUMMER P., LINKO E. et KASANEN A.
Myocardial infarction treated by early ambulation.
Amer. Heart Jour., 1956, 52, p. 269.
- 34 - BRUMMER P., KALLIO V. et TALA E.
Early ambulation in the treatment of myocardial infarction.
Acta Med. Scand., 1966, 180, p. 231.
- 35 - BURCHARDT V., LALIZOUT D. et al.
Aspects psychologiques observés au cours de la réadaptation fonctionnelle des coronariens.
Arch. Mal. Coeur, 1976, 69, 9, pp. 959-965.
- 36 - BUYTENDIJK F.J.J.
Attitudes et mouvements. Etude fonctionnelle du mouvement humain.
Trad. L. Van Haecht.
1 vol., Bruges, Desclée de Brouwer, 1957, 493 p.
- 37 - CASSEM N.H., HACKETT T.P., BASCOM C. et WISHNIE H.A.
Reactions of coronary patients to the coronary care nurse.
Amer. J. Nurs., 1970 (Feb.), 70, 2, pp. 319-325.
- 38 - CASSEM N.H. et HACKETT T.P.
Psychiatric consultation in a coronary care unit.
Amer. Intern. Med., 1971, 75, 1, pp. 9-14.
- 39 - CASTAIGNE A. et VERNANT P.
Reprise du travail dans les suites d'un infarctus du myocarde.
Rev. du Prat., 7-11 Déc. 1974, 24, 55, pp. 5127-5130.
- 40 - CAY E.L., VETTER N., PHILIP A.E. et DUGARD P.
Psychological reactions to a coronary care unit.
Jour. of Psychosom. Res., 1972, 16, 6, pp. 437-447.
- 41 - CAY E.L., VETTER N., PHILIP A.E. et DUGARD P.
Psychological status during recovery from an acute heart attack.
Jour. of Psychosom. Res., 1972, 16, 6, pp. 425-435.

- 42 - CAY E.L., VETTER N., PHILIP A.E.
Gli aspetti pratici della riabilitazione del cardiopatico: i fattori psicocociali.
Giorn. It. Card., 1973, 3, 5, pp. 646-655.
- 43 - CAY E.L., VETTER N., PHILIP A.E. et DUGARD P.
Return to work after a heart attack.
Jour. of Psychosom. Res., 1973 (Jul.), 17, 3, pp. 231-243.
- 44 - COHEN B.D., STRUDLER W.B. et WALLSTON K.A.
Sex counseling in cardiac rehabilitation.
Arch. Phys. Med. Rehabil., 1976 (Oct.), 57, 10, pp. 473-474.
- 45 - CORONE P. et GUERIN F.
La dystonie neuro-végétative en cardiologie.
1 vol., Paris, Squibb éd., non daté, 17 p.
- 46 - COUSTRY-DEGRE C. et COLLARD L.
Valeur pronostique des facteurs psychologiques dans la réadaptation des patients atteints d'infarctus du myocarde.
Acta Psychiat. Belg., 1974, 74, 4, pp. 381-388.
- 47 - COUSTRY-DEGRE C. et COLLARD L.
Rôle des facteurs psycho-sociaux dans le développement de l'infarctus du myocarde.
Arch. Belges de Méd. Sociale, 1974, 4, pp. 193-199.
- 48 - CROOG S.H., LEVINE S. et LURIE Z.
The heart patient and the recovery process: a review of the directions of research on social and psychological factors.
Soc. Sci. and Med., 1968, 2, 2, pp. 111-164.
- 49 - CROOG S.H., SHAPIRO D.S. et LEVINE S.
Denial among male heart patients: an empirical study.
Psychosom. Med., 1971 (Sept.-Oct.), 33, 5, pp. 385-397.
- 50 - CULL J.G. et HARDY R.E.
Rehabilitation facility approaches in severe disabilities.
1 vol., Springfield Il., Charles C. Thomas, 1975, 329 p.
- 51 - DAGNINI G.
Les formes atypiques de l'infarctus du myocarde.
Sem. Hôp. Paris, 2 Mars 1955, 31, 14, pp. 793-798.
- 52 - DEFOURNY M.
Approche des phénomènes psychiques dans la maladie coronarienne.
Mémoire de Licence en Psychologie, Univ. de Liège, 1970.

- 53 - DEFRENNE J. et MERTENS C.
Evaluation de la propension psychologique à la maladie cardio-vasculaire.
Acta Psychiat. Belg., Mars 1974, 74, 2, pp. 134-175.
- 54 - DELLIPIANI A.W., CAY E.L. et al.
Anxiety after a heart attack.
British Heart Journal, 1976 (Jul.), 38, 7, pp. 752-757.
- 55 - DENOLIN H. et DEGRE C.
Les aspects psychologiques de la réadaptation des cardiaques.
Colloque international Anxiété, Angoisse, Angor, Monaco, 24-25 Avril 1970.
1 vol. Paris, I.P.F., 1970, pp. 125-131.
- 56 - DENOLIN H.
Perspectives actuelles sur la réadaptation des cardiaques.
La Vie Médicale, 1972, 53, 40, pp. 5159-5164.
- 57 - DENOLIN H.
La réadaptation de l'infarctus.
Cahiers Méd. Lyonnais, 1973, 49, 33, pp. 3457-3463.
- 58 - DOBROLUBOV U., WALC E., RUDNICKI S. et WRZESNIEWSKI K.
Effect of physical rehabilitation in sanatorium on the attitude of patients with post myocardial infarction toward their disease.
Polski Tygod. Lek., 1976, 31, 28, pp. 1213-1215.
- 59 - DOMINIAN J. et DOBSON M.
Study of patient's psychological attitude to a coronary care unit.
Br. Med. J., 1969, 4, pp. 795-812.
- 60 - DONGIER M.
Psychosomatic aspects in myocardial infarction in comparison with angina pectoris.
Psychotherapy and Psychosomatics, 1974, 23, 1-6, pp. 123-131.
- 61 - DUPECQ M.
Réadaptation fonctionnelle de l'infarctus du myocarde.
Thèse Méd., Bordeaux, 1973.
- 62 - DUNBAR H.F.
Psychosomatic diagnosis.
1 vol., New-York, Paul B. Hoeber, 1943.

63 - ELEK S.R.

Psychological management of patients with coronary prone type A behavior pattern.

J. Amer. Med. Ass., 1974 (Sep.23), 229, 13, pp. 1805-1806.

64 - EQUI P.J.

The influence of psychological variables on motivation for physical rehabilitation.

Dissertation Abstracts Int., 1974 (Jan.), 34, 7, p. 3493.

65 - FESTINGER L.A.

A theory of cognitive dissonance.

1 vol., Evanston, Row and Peterson, 1957.

66 - FINN F., MULCAHY R. et O'DOHERTY E.F.

The psychological assessment of patients with coronary heart disease: a preliminary communication.

Irish J. Med. Sci., 1966, 6, pp. 399-404.

67 - FISHER S.

Psychological aspects of cardiac rehabilitation.

Acta Cardiol., 1970, 47, suppl. XIV.

68 - FOSTER S. et ANDREOLI K.G.

Behavior following acute myocardial infarction.

Amer. J. Nurs., 1970, 70, pp. 2344-2348.

69 - FOURNY R.

Comment j'ai vaincu mon infarctus du myocarde.

1 vol., Paris, Editions de la Pensée Moderne, 1971.

70 - FRANKIGNOUL M. et DONGIER M.

Personnalité du coronarien et psychodynamique. Revue des travaux récents.

Psychologie Médicale, 1971, 4, 3, pp. 495-522.

71 - FREUD S. et BREUER J.

Etudes sur l'hystérie. (1895)

Trad. A. Berman

1 vol., Paris, P.U.F., 1956.

72 - FREUD S.

Au delà du principe de plaisir. (1920)

Trad. S. Jankelevitch

in Essais de Psychanalyse, 1 vol., Paris, Payot, 1951, pp. 76-162.

73 - FREUD S.

Inhibition, symptome et angoisse.(1926)

Trad. P. Jury et E. Fraenkel

1 vol., Paris, P.U.F., 1951.

74 - FREUD S.

Le fétichisme.(1927)

Trad. D. Berger

in La vie sexuelle, 1 vol., Paris, P.U.F., 1969, pp. 133-138.

75 - FREUD S.

Pour introduire le narcissisme.(1914)

Trad. J. Laplanche

in La vie sexuelle, 1 vol., Paris, P.U.F., 1969, pp. 81-105.

76 - FRIEDMAN M. et ROSENMAN R.M.

Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings.

J. Amer. Med. Ass., 1959, 169, pp. 1286-1296.

77 - FROESE A., HACKETT T.P., CASSEM N. et SILVERBERG E.L.

Trajectories of anxiety and depression in denying and nondenying acute myocardial infarction patients during hospitalisation.

Jour. of Psychosom. Res., 1974 (Dec.), 18, 6, pp. 413-420.

78 - GARRITY T.F.

Social involvement and activeness as predictors of morale six months after first myocardial infarction.

Soc. Sci. and Med., 1973, 7, pp. 199 207.

79 - GARRITY T.F.

Vocational adjustment after first myocardial infarction: comparative assessment of several variables suggested in the literature.

Soc. Sci. and Med., 1973, 7, 9, pp. 705-717.

80 - GAUSSEL J.J.

Problèmes psychologiques du tétraplégique et comportement psychologique à son égard.

La Rev. de Méd., 5 Mai 1975, 16, 18, pp. 1251-1254.

81 - GEIGER W.J.

Behavioral perspectives in coronary care.

Jour. of Family Practice, 1975 (Aug.), 2, 4, pp. 245-248.

- 82 - GENTRY W.D., FOSTER S. et HANEY T.
Denial as a determinant of anxiety and perceived health status in the coronary care unit.
Psychosom. Med., 1972, 34, 1, pp. 39-44.
- 83 - GRAULICH P., SEGERS M.J., MERTENS C. et VASTESAEGER P.
Anxiété, dépression et angor: données épidémiologiques.
Jour. Psychosom. Res., 1975, 19, 1, pp. 55-67.
- 84 - GREEN A.W.
Sexual activity and the post-myocardial infarction patient.
Amer. Heart J., 1975 (Feb.), 89, 2, pp. 246-252.
- 85 - GRODEN B.M., ALLISON A. et SHAW G.B.
Management of myocardial infarction. The effect of early mobilization.
Scottish Med. J., 1967, 12, p. 435.
- 86 - GRODEN B.M.
Management of myocardial infarction.
M.D. Thesis, University of Glasgow, 1968.
- 87 - GRODEN B.M. et BROWN R.I.
Differential psychological effects of early and late mobilization after myocardial infarction.
Scottish Med. J., 1971, 16, pp. 312-316.
- 88 - GUILLAUMIN J.
L'énergie et les structures dans l'expérience dépressive. Le rôle du Pré-conscient.
Intervention au XXXVIe Congrès des Psychanalystes de Langues Romanes.
Rev. Franç. de Psychan., Sept.-Déc. 1976, XL, 5-6, pp. 1059-1072.
- 89 - GUYOTAT J.
Les traitements psychologiques.
Cours photocopié par le Secrétariat du C.E.S. de Psychiatrie, Lyon, 1975.
- 90 - GUYOTAT J.
L'ordre narcissique et la pratique médicale.
L'Evolution Psychiatrique, Janv.-Mars 1974, 39, 1, pp. 7-22.
- 91 - HACKETT T.P., CASSEM N.H. et WISHNIE H.A.
The coronary care unit: an appraisal of its psychological hazards.
New England J. Med., 1968 (Dec.), 279, 25, pp. 1365-1370.

- 92 - HACKETT T.P. et CASSEM N.H.
Psychological management of the myocardial infarction patient.
J. of Human Stress, 1975 (Sep.), 1, 3, pp. 25-38.
- 93 - HACKETT T.P. et CASSEM N.H.
White-collar and blue-collar responses to heart attack.
J. Psychosom. Res., 1976, 20, 2, pp. 85-95.
- 94 - HAHN P. et LEISNER R.
Influence de l'anamnèse biographique et de la psychothérapie de groupe sur le malade après infarctus du myocarde.
Psychother. Psychosom., 1970, 18, 1-6, pp. 299-306.
- 95 - HAY J.
Coronary thrombosis.
British Med. J., 1935, 1, p. 936.
- 96 - HEINZELMAN F.
Social and psychological factors that influence the effectiveness of exercise programs.
In Exercise testing and exercise training in coronary heart disease.
Naughton J. et Hellerstein H.K., 1 vol., New York, Academic Press, 1973, pp. 275-287.
- 97 - HELLERSTEIN H.K. et FRIEDMAN E.H.
L'activité sexuelle après insuffisance coronarienne.
Arch. of Int. Med., 1970 (Jun.), 125, 6, pp. 987-999.
- 98 - HINOHARA S.
Psychological aspects in rehabilitation of coronary heart disease.
Scand. J. Rehabil. Med., 1970, 2, 1, pp. 53-59.
- 99 - HORAN P.M. et GRAY B.H.
Status inconsistency, mobility, and coronary heart disease.
J. of Health and Soc. Behavior, 1974 (Dec.), 15, 4, pp. 300-310.
- 100 - IBRAHIM M.A., JENKINS C.D. et CASSEL J.C.
Personality traits and coronary heart disease: utilisation of a cross-selectionnal study design to test whether a selected psychological profile precedes or follows manifest coronary heart disease.
J. Chron. Dis., 1966, 19, pp. 255-271.
- 101 - IBRAHIM M.A. et al.
Management after myocardial infarction: a controlled trial of the effect of group psychotherapy.
Int. J. of Psychiat. in Med., 1974 (Sum.), 5, 3, pp. 253-268.

- 102 - IRVIN C.W. et BURGESS A.M.
The abuse of bed rest in the treatment of myocardial infarction.
New England J. of Med., 1950, 243, p. 486.
- 103 - ISRAEL L.
Le médecin face au malade.
1 vol., Ch. Dessart Ed., Bruxelles, 1968, 338 p.
- 104 - JENKINS C.D.
Psychic and social precursors of coronary disease.
New England Med. J., 1971, 234, pp. 244-255.
- 105 - JONES B.
The patient and his responses.
Amer. J. Nurs., 1967, 67, pp. 2313-2330.
- 106 - JOUVE A., DONGIER M., DELAAGE M. et MAYRAUD R.
Recherche psychosomatique en cardiologie.
Presse Méd., 1961, 69, pp. 2545-2548.
- 107 - JOUVE A. et DONGIER M.
L'approche psychosomatique en cardiologie.
Rev. Méd. Psychosom., 1962, 4, 5, pp. 299-308.
- 108 - JOUVE A. et DONGIER M.
Athérosclérose et maladies coronariennes.
Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie, fas. 37415 A 10 (1966).
- 109 - JUERGER M.
Cité par PEYROUZET et PAULY-LAUBRY (réf. 159) p. 32.
- 110 - KAES R.
Crise, rupture et transitionnalité.
Communication au Colloque sur les modèles théoriques du changement en Psychologie (Bron, 27-28 Nov. 1976).
Psychologie Clinique, Mars 1977, 1, pp. 38-47.
- 111 - KATZ R.C. et ZLUTNICK S.
Behavior therapy and health care: principles and applications.
1 vol., New York, Pergamon Press, 1975, 624 p.
- 112 - KAVANAGH T., SHEPARD R.J. et DONEY H.
Hypnosis and exercise: a possible combined therapy following myocardial infarction.
Amer. J. of Clin. Hypnosis, 1974 (Jan.), 16, 3, pp. 160-165.

- 113 - KEITH R.A.
 Personality and coronary heart disease: a review.
J. Chron. Dis., 1966, 19, pp. 1231-1243.
- 114 - KELLERMANN J.J., KARIV I. et al.
 Rehabilitation of coronary patients.
 In: Cardiac evaluation and rehabilitation, Institut Tel-Hashomer Government Hospital, 1 vol., Tel-Hashomer, Israel, 1971.
- 115 - KELLERMANN J.J.
 La rééducation après infarctus du myocarde.
Gaz. Méd. de France, 7 Avril 1972, 79, 13, pp. 2065-2071.
- 116 - KITS VAN HEIJNINGEN H. et TREURNIET N.
 Psychosomatic factors in acute myocardial infarction.
Int. J. Psycho. Anal., 1966, 47, pp. 370-374.
- 117 - KLEIN H.P. et PARSONS D.A.
 Self description of patients with coronary disease.
Percept. Motor Skills, 1968, 26, pp. 1099-1107.
- 118 - KLEIN R.F., KLINER V.A., ZIPES D.P., TROYER W.G. et WALLACE A.G.
 Transfer from a coronary care unit.
Arch. Intern. Med., 1968 (Aug.), 122, pp. 104-108.
- 119 - LAPLANCHE J. et PONTALIS J.B.
Vocabulaire de la psychanalyse.
 1 vol., Paris, P.U.F., 1967, 520 p.
- 120 - LAUBRY Ch.
Leçons de séméiologie cardio-vasculaire.
 1 vol., Paris, Doin Ed., 1924.
- 121 - LAWRIE D.M., GODDART M., GREENWOOD T.W., HARVEY A.C., DONALD K.W. et al.
 A coronary care unit in the routine management of acute myocardial infarction.
Lancet, 1967, II, p. 109.
- 122 - LAXENAIRE M., CHARDOT C. et BENTZ L.
 Quelques aspects psychologiques du malade cancéreux.
Presse Méd., 18 Déc. 1961, 79, 54, pp. 2497-2499.
- 123 - LEBOURGES J. et VEYRAT J.G.
 Angoisse cardiaque et réadaptation après infarctus.
Gaz. des Hôp., 10 Fév. 1967, 139, 4, pp. 163-167.

- 124 - LEOVITS B.Z., SHEKELLE R.B., OSTFELD A.M. et PAUL O.
Prospective and retrospective longitudinal studies of coronary heart disease.
Psychosom. Med., 1967, 29, 3, pp. 265-272.
- 125 - LENZNER A.S., et ARONSON A.L.
Psychiatric vignettes from a coronary care unit.
Psychosomatics, 1972 (May), 13, 3, pp. 179-184.
- 126 - LEVINE S.A.
Some harmful effects of recumbency in the treatment of myocardial infarction.
J. of Amer. Med. Ass., 1944, 126, I, p. 80.
- 127 - LEVINE S.A.
The myth of strict bed test in the treatment of heart disease.
Amer. Heart J., 1951, 42, p. 406.
- 128 - LEVINE S.A. et LOWN B.
Armchair treatment of acute coronary thrombosis.
J. of Amer. Med. Ass., 1952, 148, II, p. 1365.
- 129 - LIND E. et THEORELL T.
Sociological characteristics and myocardial infarctions.
J. of Psychosom. Res., 1973 (Jan.), 17, 1, pp. 59-73.
- 130 - LUMINET D.
L'infarctus du myocarde et ses aspects psychosomatiques.
Bruxelles Médical, Mars 1969, 49, 3, pp. 159-167.
- 131 - LUMINET D.
Les problèmes psychologiques au cours de la réadaptation des coronariens.
Le point de vue du psychosomaticien et son illustration.
Colloque international Anxiété, Angoisse, Angor. Monaco, 1970.
1 vol., Paris, I.P.F., 1970, pp. 133-138.
- 132 - MAN T.S., SOUFFRANT G., DEBORD P. et ABASTADO M.
La reprise du travail chez les coronariens réadaptés.
Concours Médical, 31 Mai 1975, 97, 22, pp. 3798-3800.
- 133 - MARITAN Cl.
Vivre sa mort de tous les jours.
Thèse Méd., Lyon, 1972.
- 134 - MARTIN H.L.
The significance of discussion with patient with coronary heart disease.
British J. Med. Psychol., 1967, 40, p. 233.

- 135 - MARTY P., de M'UZAN M. et DAVID C.
L'investigation psychosomatique.
 1 vol., Paris, P.U.F., 1963, 264 p.
- 136 - MARTY P.
 Intervention au XXXIIe Congrès des Psychanalystes de Langues Romanes.
Rev. Franç. de Psychan., 1972, 36, 5-6, pp. 805-816.
- 137 - MARTY P.
Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique.
 1 vol., Paris, Payot, 1976, 244 p.
- 138 - MATHER H.G., PEARSON N.G. et READ K.L.
 Acute myocardial infarction: home and hospital treatment.
British Med. J., 1971, 3, p. 334.
- 139 - Mc MAHON A.W.
 Cité par DENOLIN H. et DEGRE C. (55), p. 128.
- 140 - Mc PHERSON B.D. et al.
 The psychological effects of an exercise program for post infarct and normal adult men.
J. Sports Med., 1967, 7, p. 3.
- 141 - MEDERT-DORNSCHIEDT G.
 Psycho-physiologische Korrelationen bei kardiovaskulären Erkrankungen und ihre Bedeutung für den Rehabilitationsverlauf.
Sonderhaft II, Sebastian Kneipp-Institut, Bad Wörishofener, Verlag E. Geyer, 1976, pp. 32-34.
- 142 - MENNINGER K.A. et MENNINGER W.C.
 Psycho-analytic observations in cardiac disorders.
Amer. Heart J., 1938, 11, p. 10.
- 143 - MILLER G.M. et BREWER J.
 Factors influencing the rehabilitation of the patients with ischaemic heart disease.
Med. J. Austr., 1969, 1, pp. 410-416.
- 144 - MILLER W.B. et ROSENFELD R.
 A psychophysiological study of denial following acute myocardial infarction.
J. of Psychosom. Res., 1975, 19, 1, pp. 43-54.

145 - MOOR L.

Aspects psychologiques de la réadaptation des adultes handicapés physiques.

Psychologie Médicale, 1971, 3, 4, pp. 485-493.

146 - MORDKOFF A.M. et RAND M.A.

Personality and adaptation to coronary heart disease.

J. Consult. Clin. Psychol., 1968, 32, pp. 648-653.

147 - MORDKOFF A.M. et PARSONS O.

The coronary personality: a critique.

Int. J. Psychiatr., 1968, 5, pp. 413-426.

148 - MOSS A.J. et al.

Delay in hospitalization during the acute coronary period.

Amer. J. Cardiol., 1969, 24, p. 659.

149 - NACHT S. et RACAMIER P.C.

Les états dépressifs: étude psychanalytique.

Rapport présenté devant la XXIIe Conf. Int. de Psychanalyse (Copenhague, 30 Juil. 1959).

In: NACHT S. - La présence du psychanalyste, 1 vol., Paris, P.U.F., 1963, pp. 96-137.

150 - NAGLE R., GANGOLA R. et PICTON-ROBERTSON I.

Factors influencing return to work after myocardial infarction.

Lancet, 1971, II, p. 454.

151 - NAUGHTON J. et al.

Effects of physical training on physiological and behavioral characteristics of cardiac patients.

Arch. Phys. Med. Rehabil., 1968, 49, p. 131.

152 - NOYER H.

Contribution à l'étude des troubles neurologiques et psychiques de l'infarctus du myocarde.

Thèse Méd., Paris, 1961.

153 - OHLMEIER D., KARSTENS R. et KOHLE K.

Psychoanalytic group interview and short-term group psychotherapy with post-myocardial infarction patients.

Psychiatria Clinica, 1973, 6, 4, pp. 240-249.

154 - OLIN H.S. et HACKETT T.P.

The denial after chest pain in 32 patients with acute myocardial infarction.

J. Amer. Med. Ass., 1964 (Dec.), 190, 11, pp. 977-981.

- 155 - ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
La réadaptation des maladies cardio-vasculaires.
 Rapport technique numéro 270, Genève, 1964.
- 156 - ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
Psychological aspects of rehabilitation of cardio-vascular patients.
 Report on a working group, Warsaw, 28-30 May 1969.
 Regional Office for Europe W.H.O., Copenhagen, 1970.
- 157 - PAVESI V.
 Il rapporto medico-paziente in alcuni casi di infarto miocardico acuto.
Cardiol. Prat., 1974, 25, 2, pp. 163-166.
- 158 - PEAL S.
 Some psychological observations of patients with myocardial infarction:
 a pilot study.
Psychiatric Communications, 1968, 10, 2, pp. 1-20.
- 159 - PEYROUZET J.M. et PAULY-LAUBRY G.
 Troubles psychiques au cours des affections cardio-vasculaires.
Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie, fas. 37670 A 10 (5-1975).
- 160 - PLAS F.
 La réadaptation des coronariens.
Concours Médical, 31 Mai 1975, 97, 22, pp. 3723-3725.
- 161 - QUIRET J.C., COURBET M.T. et al.
 Intérêt de la réadaptation après infarctus du myocarde: à propos de
 100 observations.
Arch. Mal. Coeur, 1976, 69, 7, pp. 731-738.
- 162 - RENARD M.
 Le narcissisme.
 In: La théorie psychanalytique, ouvrage publié sous la direction de
 S. NACHT, 1 vol., Paris, P.U.F., 1969, pp. 181-214.
- 163 - RIME B.
 Recherche d'un cadre théorique pour l'étude des facteurs psychologiques
 liés à l'occurrence des affections coronariennes.
Rev. Méd. Psychosom., 1970, 12, 1, pp. 31-40.
- 164 - RIME B. et MERTENS C.
 L'incidence des facteurs psychologiques et socio-culturels dans
 l'étiologie des affections coronariennes.
Ann. Médico-Psychol., 1970, 128, 1, pp. 43-60.

- 165 - RIME B. et BONAMI M.

Spécificité psychosomatique et affections cardiaques coronariennes: essai de vérification de la théorie de DUNBAR au moyen du M.M.P.I.
J. of Psychosom. Res., 1973, 17, pp. 345-352.

- 166 - RIME B. et BONAMI M.

Approche psychologique des affections coronariennes: analyse comparative d'interview de 20 patients atteints d'infarctus du myocarde.
Acta Psychiatr. Belg., 1972, 72, pp. 23-45.

- 167 - RIME B. et BONAMI M.

Infarctus du myocarde et personnalité: problèmes méthodologiques de l'approche différentielle.
Bulletin de Psychologie, 1974-1975, XXVIII, 314, 1-6, pp. 1-18.

- 168 - ROSEN J.L. et BRIBING G.L.

Psychological reactions of hospitalized male patients to a heart attack.
Psychosom. Med., 1966, 28, 6, pp. 808-821.

- 169 - SAINT-PIERRE A.

Fonctionnement d'un Centre d'entraînement physique de coronariens.
Cah. Méd., 14 Mai 1976, 1, 35-36, pp. 2408-2411.

- 170 - SAINT-PIERRE A. et al.

L'entraînement physique des coronariens.
Méd. et Hyg., Juin 1977 (à paraître).

- 171 - SANNE H. et SELANDER S.

Mobilisering och rehabilitering vid hjärtinfarkt.
Läkartidningen, 1967, 64, p. 1539.

- 172 - SASSOLAS G. et MARITAN Cl.

Le fantasme psychosomatique comme enjeu de la relation interniste-psychologue.
Psychologie Médicale, 1973, 5, 2, pp. 315-325.

- 173 - SCHEINGOLD L.D. et WAGNER N.N.

Sound sex and the aging heart.
1 vol., New York, Human Science Press, 1974, 168 p.

- 174 - SEGAL B. et LIKOFF W.

Management of cardiac anxiety reactions.
In: J.M. NONDINE, Psychosomatic Medicine.
1 vol., London, J.H. Meyer Ed., 1962.

175 - SELFAN D.

Cité par DENOLIN H. et DEGRE C. (réf. 55), p. 128.

176 - SELVINI A.

La relation psychothérapique avec le malade atteint d'infarctus du myocarde aigu.

Rev. Méd. Psychosom., 1971, 13, 3, pp. 271-280.

177 - SHKHAVATSABAYA I.K.

Quelques inter-relations psychosomatiques dans l'infarctus du myocarde et ses problèmes de réadaptation.

Vest. Akad. Med. Nauk. S.S.S.R., 1975, 8, pp. 50-57.

178 - SIMON A.B. et al.

Components of delay in the pre-hospital setting of acute myocardial infarction.

Amer. J. Cardiol., 1972, 30, pp. 475-482.

179 - STANOWSKI J. et KORDYL Z.

Psychothérapie systématique et influence de l'éducation en tant que facteurs favorisant la rééducation cardiaque.

Polski Tygod. Lek., 1967, 22, 3, pp. 94-97.

180 - STORLIE F.

Double entendre in a coronary care unit.

Amer. J. Nurs., 1974 (Apr.), 74, 4, pp. 666-668.

181 - SYME S.L.

Psychological factors and coronary heart disease.

Int. J. Psychiatr., 1968, 5, pp. 429-433.

182 - VANDERVALK J.M. et GROEN J.J.

Personality structure and conflict situation in patients with myocardial infarction.

J. of Psychosom. Res., 1967, 11, pp. 41-46.

183 - VAN DIJL H.

Myocardial infarction patients and work attitudes: an empirical study.

J. of Psychosom. Res., 1975, 19, 3, pp. 197-202.

184 - VAN MASSENHOVE J. et GUISSARD J.

Contribution à l'application des théories et du test de Szondi en médecine psychosomatique et en psychologie médicale.

Mémoire de Licence en Psychologie, Université de Louvain, 1969.

185 - VAUTHIER G.

Réflexions sur la psychologie et la personnalité des grands coronariens.
Méd. et Hyg., 4 Mai 1966, 24, 732, pp. 437-438.

186 - WAHL C.W.

The psychological management of the coronary patient.
In: E. CORDAY et H.G. SWAN - Myocardial infarction.
1 vol., Baltimore, Williams and Wilkins, 1973.

187 - WEBSTER C.

Relaxation, music and cardiology: the physiological and psychological consequences of their interrelation.
Austr. Occupat. Therap. J., 1973 (Jan.), 20, 1, pp. 9-20.

188 - WHITEHOUSE F.A.

Some psychological factors that influence rehabilitation of the cardiac.
J. Rehab., 1960, 26, p.4.

189 - WHITEHOUSE F.A.

Psychological factors of cardiac rehabilitation.
New York St. J. Med., 1970 (Feb.), 70, 4, pp. 522-531.

190 - WINNICOTT D.W.

La défense maniaque (1935).
Trad. J. KALMANOVITCH
In: De la pédiatrie à la psychanalyse.
1 vol., Paris, Payot, 1969, pp. 15-32.

191 - WINNICOTT D.W.

La position dépressive dans le développement affectif normal (1954).
Trad. J. KALMANOVITCH
In: De la pédiatrie à la psychanalyse.
1 vol., Paris, Payot, 1969, pp. 149-167.

192 - WISHNIE H.A., HACKETT T.P. et CASSEM N.H.

Psychological hazards of convalescence following myocardial infarction.
J. Amer. Med. Ass., 1971 (Feb.22), 215, 8, pp. 1292-1296.

193 - WRZESNIEWSKI K.

Some psychological problems of the rehabilitation of patients after recent myocardial infarction.
Polski Tygod. Lek., 1971, 26, pp. 996-998.

194 - WRZESNIEWSKI K.

The attitudes toward the illness of patients after myocardial infarction undergoing rehabilitation.

Soc. Sci. and Med., 1975, 9, pp. 237-239.

195 - WRZESNIEWSKI K.

Effect of comprehensive post hospital rehabilitation on the change in attitude toward the illness in patients after acute myocardial infarction.

Polski Tygod. Lek., 1975, 30, 4, pp. 149-152.

196 - WRZESNIEWSKI K.

Attitudes to the illness and the level of neuroticism and extroversion in patients after myocardial infarction.

Polski Tygod. Lek., 1976, 31, 28, pp. 1209-1211.

197 - WYNN L.H.

Unwarranted emotional distress in men with ischaemic heart disease.

Med. J. Austr., 1967, 54, 19, pp. 847-851.

198 - ZAITSEV P. et GRITCHENKO N.V.

Experience with autogene training on psychic reeducation of patients having sustained myocardial infarction.

Ter. Arkh., 1974, 46, 10, pp. 26-30.

199 - ZAITSEV P., ARONOV D.M., BELAYA N., ALEKSEEV P. et PANINA G.

Effect of intensive physical training on the psychic condition of patients having sustained myocardial infarction.

Terap. Arkh., 1975, 47, 7, pp. 59-64.

200 - X.

Psychological hazards of convalescence after myocardial infarction.

Lancet, 1971 (May 22), I, p. 1055.

